



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

V Mestrado em Enfermagem

Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde

Unidade Curricular Estágio e Relatório

Docente Orientador Professor Doutor Adriano Pedro

Docente Co-orientador Professor Doutor António Calha



CÉREBRO EM MOVIMENTO:
INTERVENÇÃO PRECOCE DO ENFERMEIRO
DE REABILITAÇÃO NO DOENTE COM AVC
ISQUÉMICO
- Relatório de Estágio -

Mestrando:
Liliana Grade n.º 18575

Supervisor clínico:
Enfermeiro Chefe António Costa

Abril
2018

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
V Mestrado em Enfermagem
Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde
Unidade Curricular Estágio e Relatório
Docente Orientador Professora Doutor Adriano Pedro
Docente Co-orientador Professor Doutor António Calha

**CÉREBRO EM MOVIMENTO:
INTERVENÇÃO PRECOCE DO ENFERMEIRO DE
REABILITAÇÃO NO DOENTE COM AVC ISQUÉMICO
- Relatório de Estágio -**

Mestrando:
Liliana Grade n.º 18575

Supervisor clínico:
Enfermeiro Chefe António Costa

Abril
2018

*Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a
mim
decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou
lutar; porque descobri, no caminho incerto da
vida, que o mais importante é decidir.
Cora coralina*

AGRADECIMENTOS

Ao longo da nossa vida, quer pessoal quer profissional, são vários os obstáculos que encontramos e por vezes nos deixam menos motivados para continuar o nosso percurso.

No entanto, existem pessoas que de uma forma ou de outra, perto ou longe, conseguem estar ao nosso lado e apoiar-nos nos momentos mais difíceis e nos ajudam a seguir em frente. Desta forma, é necessário que estas pessoas saibam o quanto foram e são importantes, assim, não poderia deixar de fazer um agradecimento a quem contribuiu de forma direta ou indireta para que eu conseguisse ultrapassar mais uma etapa da minha vida profissional.

Ao meu orientador de Estágio e Relatório, Professor da Escola de Enfermagem de Portalegre Professor Doutor Adriano Pedro, que me deu apoio académico, moral e acima de tudo orientação e liberdade para desenvolver este projeto de forma tão característica e peculiar, compreendendo todas as dificuldades que me assistiram durante a realização do mesmo.

Ao meu chefe Enfermeiro António Costa pela forma como conduziu o estágio por ele orientado, incentivando-me nos momentos de maior nervosismo e ansiedade.

A toda a equipa de enfermagem do serviço de Medicina II pelo apoio e incentivo que me deram ao longo destas semanas, colaborando sempre que possível, na distribuição dos doentes com AVC isquémico e com telefonemas aquando a admissão de doentes quando eu não estava de serviço. Sempre houve preocupação por parte da equipa em me informar desta situação e por isso aqui vai o meu profundo agradecimento.

Ao meu colega Enfermeiro Clemente Arosa, também ele Enfermeiro Especialista em Reabilitação, pela colaboração junto dos doentes, pois só com a colaboração dele consegui realizar os planos de reabilitação e trabalhar com o maior número de doentes.

Ao meu amigo Miguel Romão e à minha amiga Milene Palma que estiveram à distância de um telefonema quando me encontrava mais ansiosa e desmotivada.

É no fim que guardo o agradecimento mais bonito, à minha família, o que seria de mim sem eles. Para eles deixo um infinito sentimentos de amor e gratidão pelo equilíbrio que me proporcionam e pelo apoio incondicional que me dão.

RESUMO

Introdução: Em Portugal, as doenças cerebrovasculares continuam a apresentar uma elevada taxa de mortalidade e mobilidade. O AVC apresenta um quadro neurológico de rápida instalação que impõe ao doente um conjunto de incapacidades que podem ter consequências na vida futura.

Objetivos: i) Determinar se a intervenção precoce dos enfermeiros de reabilitação contribui para a alteração da demora média de internamento hospitalar dos doentes com AVC isquémico; ii) Comparar a evolução do nível de capacidade funcional do doente com AVC na fase aguda e no momento da alta;

Metodologia: É uma investigação de natureza quantitativa de tipo quase-experimental. Serão prestados cuidados de reabilitação cinco dias por semana, sendo excluídos os doentes que faleçam durante o internamento.

Resultados: A intervenção do EEER permitiu reduzir significativamente os dias de internamento passando de 7,9 para 5,4 dias.

A diferença do índice de dependência médio no momento da admissão e no momento da alta permite concluir que existe diferença estatisticamente significativa entre as amostras.

Conclusões: A intervenção precoce do EEER junto do doente que sofreu AVC tem como objetivo a promoção da independência no autocuidado traduzindo-se em ganhos na capacidade funcional, no cumprimento das AVD e na melhoria da perceção da qualidade de vida bem como na diminuição do tempo de internamento.

Palavras chave: AVC; Enfermagem; Reabilitação; Tempo de Internação

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, cerebrovascular diseases presents a high rate of mortality and mobility. The stroke is a acute neurological condition that imposes to the patient a set of disabilities that can have consequences in the future life.

Objectives: i) determine if the early intervention of the rehabilitation nurses contributes to change the lenght of stay of the patients with ischemic stroke in the hospital; ii) compare the evolution of the level of functional capacity of the patient with stroke in the acute phase and at the discharge.

Methodology: It is a quantitative and quasi-experimental investigation. Rehabilitation care will be provided five days a week, excluding patients who die during hospitalization

RESULTS: The EEER intervention allowed a significant reduction in days of hospitalization, from 7.9 to 5.4 days.

The difference between the mean dependence index at the time of admission and at discharge, shows that there is a statistically significant difference between the samples.

Conclusions: The early intervention of the EEER with the patient suffering from stroke pretends to promote the independence in the self-care, which translates into gains in functional capacity, in the accomplishment of daily life activities and in the improvement of the perception of quality of life as well as in the reduction of hospitalization time.

Keywords: Stroke; Nursing; Rehabilitation; Length of stay

ABREVIATURAS

ACI- Artéria Carótida Interna
ACM- Artéria Cerebral Média
ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde
AID- Agency for International Development
AIT- Acidente Isquémico Transitório
AP27- All Patient Diagnosis Related Groups, versão 27
AVC- Acidente Vascular Cerebral
AVD- Atividades de Vida Diária
AVERT- A Very Early Rehabilitation Trial For Stroke
DGS- Direção Geral da Saúde
DRGs- Diagnosis Related Groups
EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER- Enfermagem de Reabilitação
ESO- *European Stroke Organization*
ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre
EUSI -*European Stroke Initiative*
GCD- Grandes Categorias Diagnosticas
GHD- Grupos de Diagnósticos Homogéneos
HJJF- Hospital José Joaquim Fernandes
HTA- Hipertensão Arterial
ICD-10-CM/PCS- *International Classification of Diseases — 10th revision — Clinical Modification/Procedures*
ICD-9-CM- Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão, Modificação Clínica
OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PNDDCCV- Plano Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares
RFM- Reeducação Funcional Motora
RFR- Reeducação Funcional Respiratória
SNS- Sistema Nacional de Saúde
SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

TDAE- Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

ULSBA- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

ÍNDICE

	f
INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	20
1.1.1 Classificação e Etiologia do AVC	21
1.1.2 Fatores de Risco e Prevenção do AVC	23
1.1.3 Manifestações Clínicas do AVC	26
2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	29
2.1 REABILITAÇÃO DO DOENTE PÓS AVC ISQUÉMICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA	30
2.2 AUTOCUIDADO: O CONTRIBUTO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM	33
3. DEMORA MÉDIA DO INTERNAMENTO HOSPITALAR	36
3.1 GRUPOS DE DIAGNÓSTICO HOMOGÉNEOS	36
3.2 DEMORA MÉDIA DO INTERNAMENTO HOSPITALAR DO AVC: CONTEXTO ATUAL	38
3.3 OS CUSTOS DO INTERNAMENTO POR AVC	39
4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	41
4.1 OBJETIVOS DO ESTUDO	42
4.2 MATERIAIS E MÉTODOS	43
4.2.1 Tipo de Estudo de Investigação	43
4.2.2 Variáveis e sua Operacionalização	43
4.2.3 População e Amostra	44
4.2.4 Instrumentos de Recolha de Dados	44
4.2.5 Procedimentos	47
4.2.6 Questões Éticas	48
4.3. PLANEAMENTO	49
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	50
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	50
5.1.1 Recursos Físicos	51
5.1.2 Recursos Materiais e Equipamentos	51

5.1.3 Recursos Humanos	52
5.2 EVIDÊNCIA DA IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA AUTONOMIA DO DOENTE PÓS AVC ISQUÉMICO	53
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS	55
6.1 INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO DO EEER NA AUTONOMIA DO DOENTE COM AVC	58
6.2 INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO DO EEER NA FORÇA MUSCULAR DO DOENTE COM AVC	62
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
7.1 LIMITAÇÕES AO ESTUDO	66
8. O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	67
8.1 COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	67
CONCLUSÃO	72
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	82
Anexo I- Tabela Nacional Grupos de Diagnóstico Homogêneos	83
Anexo II- Resposta do Consentimento da Comissão de Ética	85
Anexo III- Consentimento Informado	87
APÊNDICES	89
Apêndice I- Instrumento de Colheita de Dados	90
Apêndice II- Programa de Reabilitação <i>Standard</i> Doente com AVC Isquémico	94
Apêndice III- Pedido de Apreciação e Parecer ao Conselho de administração/Comissão de Ética	98
Apêndice IV- Trabalho Apresentado à Equipa de Enfermagem da Medicina II	103
Apêndice V- Projeto de Estágio	111

ÍNDICE DE QUADROS

	f
Quadro n.º 1: Indicadores de Mortalidade por AVC Hemorrágico e Isquémico, por sexo, Portugal Continental | 2013 a 2015	17
Quadro n.º 2: Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de mortalidade relativos a oclusão das artérias cerebrais, por sexo e segundo grupo etário, Portugal Continental (2013 a 2014)	18
Quadro n.º 3: Classificação e etiologia do AVC isquémico	21
Quadro n.º 4: Classificação e etiologia do AVC hemorrágico	22
Quadro n.º 5: Classificação e etiologia do Acidente Isquémico Transitório	23
Quadro n.º 6: Fatores de Risco para AVC	24
Quadro n.º 7: Fatores de Risco para AVC modificáveis e não modificáveis	25
Quadro n.º 8: Manifestações clínicas do AVC	26
Quadro n.º 9: Características das Principais Síndromes do AVC	27
Quadro n.º 10: Autocuidado Alimentação	58
Quadro n.º 11: Autocuidado Transferir-se	59
Quadro n.º 12: Toalete	59
Quadro n.º 13: Utilização do WC	60
Quadro n.º 14: Banho	60
Quadro n.º 15: Mobilidade	60
Quadro n.º 16: Subir e Descer Escadas	61
Quadro n.º 17: Autocuidado Vestir	61
Quadro n.º 18: Controlo Intestinal	62
Quadro n.º 19: Controlo Urinário	62
Quadro n.º 20: Escala de <i>Lower</i>	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f
Gráfico n.º 1: Distribuição dos doentes com AVC isquémico no serviço de Medicina II por sexo e faixa etária	41

ÍNDICE DE TABELAS

	f
Tabela n.º 1: Distribuição dos doentes com AVC Isquémico no serviço de medicina II por sexo e faixa etária	41
Tabela n.º 2: Distribuição dos doentes por sexo, idade e dias de internamento	42
Tabela n.º 3: Distribuição da amostra por sexo, idade e dias de internamento	55
Tabela n.º 4: Estado Civil	56
Tabela n.º 5: Escolaridade	56
Tabela n.º 6: Situação Profissional	56

INTRODUÇÃO

A esperança média de vida à nascença tem aumentado nos últimos anos, no entanto este aumento muitas vezes não é acompanhado com a qualidade de vida desejada. Com o decorrer dos tempos, aliado aos estilos de vida das pessoas tem havido um aumento das doenças crónicas e incapacitantes bem como dos acidentes de viação ou de trabalho, conduzindo a um aumento de pessoas com deficiência.

Com os sucessivos avanços científicos e tecnológicos, com o aumento da população mundial também a aumentar e a envelhecer, juntamente com o aumento da violência e uma maior participação em atividades de lazer, conduziu-se a uma situação em que mais indivíduos vivam situações de doenças crónicas (Boylan & Buchanan, 2011).

Segundo a Direção Geral da Saúde [DGS] (2016a), uma das doenças crónicas que apresenta um elevado índice de mortalidade é o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O AVC é uma doença com um grande impacto mundial, com causa de incapacidade funcional relevante, acometendo limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, alterando a dinâmica da vida da pessoa e consequentemente a qualidade de vida da mesma (Menoita, 2012).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde [OMS] (2009), o AVC é responsável pela incapacidade motora de mais de cinco milhões de pessoas em todo o mundo.

Sendo a 3^o causa de morte a nível mundial, o AVC acarreta internamentos prolongados em todas as instituições industrializadas (Theofanidis & Gibbon, 2016), o que predispõe a um elevado custo para o doente, famílias e sistemas de saúde.

Desta forma, a recuperação do doente após AVC tem, para a Enfermagem de Reabilitação (ER), uma importância primordial sendo considerada uma mais-valia na restituição da função pré- doença, melhorando o seu potencial multidimensional e minimizando a incapacidade e dependência (Cerveira, 2011).

Estudos mostram que a reabilitação reduz a dependência e os custos dos cuidados bem como aumenta a qualidade de vida. Nos últimos anos, o foco da reabilitação afastou-se do modelo biomédico para um modelo centrado no doente, ou seja, a ER cada vez mais proporciona um ambiente que promove a autonomia do doente diminuindo o seu grau de dependência. A enfermagem, enquanto profissão, teve um contributo para que os cuidados passassem a ser centrados nos doentes, holísticos, que integram o doente na equipa

interdisciplinar (Boylan & Buchanan, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), cria, realiza e monitoriza planos de ER diferenciados com o objetivo de aumentar as capacidades funcionais da pessoa com deficiência ou incapacidade, diminuindo, desta forma, o impacto que esta deficiência tem na sua vida e ao mesmo tempo prevenindo complicações inerentes à sua situação.

Desta forma, indo ao encontro da temática referida, foram traçados os seguintes objetivos para o referido estudo: i) Determinar se a intervenção precoce dos enfermeiros de reabilitação contribui para a alteração da demora média de internamento hospitalar dos doentes com AVC isquémico; ii) Comparar a evolução do nível de capacidade funcional do doente com AVC na fase aguda e no momento da alta.

Integrada no 2º ano/1º semestre do V Mestrado em Enfermagem surge a unidade curricular Estágio e Relatório, com um total de 310 horas que decorre até 22 de Maio de 2018; e com ela afigurou-se imprescindível a elaboração de um relatório que irá descrever todo o trabalho desenvolvido ao longo deste tempo.

Relativamente à definição de objetivos para o presente Estágio, estes passam por desenvolver competências de análise e de elucidação de problemas complexos; evidenciar capacidade de extrair aplicações da teoria; resolver problemas numa perspetiva de integração interdisciplinar; utilizar conhecimentos teóricos atualizados em conjugação com a análise da sua relevância para o exercício profissional e para a investigação aplicada; comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem ambiguidades.

O estágio irá realizar-se no Serviço de Medicina II da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), Hospital José Joaquim Fernandes (HJJF) de Beja, sendo tutorado pelo Enfermeiro Chefe António Costa, Enfermeiro chefe de carreira, com Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Doente Oncológico e com Pós-Graduação em Intervenção em Feridas.

Tendo em conta os objetivos do estágio começo por fazer um breve enquadramento teórico sobre AVC. Posteriormente no ponto dois irei abordar a temática sobre o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação bem como a reabilitação num serviço de medicina, não deixando de referir o contributo da teórica *Dorothea Orem* no autocuidado. A demora média de internamento hospitalar dos doentes com AVC será abordada no ponto três juntamente com os custos associados. Seguindo-se a metodologia de como foi desenvolvido o presente estudo, no ponto quadro. No ponto cinco serão apresentados os resultados, analisados no ponto seis e discutidos do ponto sete. Não posso deixar de referir

como é importante o papel do enfermeiro gestor nos serviços de reabilitação, pelo que no ponto oito irei fazer uma breve resenha a esta temática bem como faço menção às competências do enfermeiro gestor identificando as atividades realizadas e os indicadores de avaliação que as qualificaram e por fim uma breve conclusão sintetizando as principais linhas definidas neste documento.

Durante a realização do projeto foram utilizadas as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde (ESSP) (Arco, Pinto, Martins & Arriaga, 2010) e utilizado o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Desde o início do século XVIII que o crescimento da população idosa é um fenómeno marcante na evolução das sociedades modernas. Existindo concomitantemente uma diminuição da natalidade e da mortalidade efetivamente.

No entanto, o aumento da longevidade muitas vezes acarreta problemas na sociedade atual pois conduz ao confronto entre duas áreas, a do viver mais e a da qualidade de vida. Ou seja, apesar da esperança de vida à nascença ter aumentado nos últimos anos, não quer dizer que seja com a qualidade desejada (Menoita, 2012). Portugal não é exceção, na última década, de 2006 a 2015, esta variação foi superior a dois anos de vida, sendo mais acentuada no sexo masculino (DGS, 2016a)

A Agenda Global de Saúde, da OMS, apela a uma maior visibilidade política da saúde, sublinhando que esta deve ter repercussão quer na agenda económica (produtividade global dos países), quer na agenda da justiça social, argumentando que a saúde é um valor e um direito humano. A Estratégia Saúde 2020 fortalece esta visão, «Saúde em todas as políticas», uma estratégia recomendada pela OMS, implica setores como os da economia e do emprego, dos transportes, da gestão do território e da cultura, da educação e da infância, da agricultura e da alimentação, dos ambientes e da sustentabilidade (Loureiro, Miranda & Miguel, 2013).

Nas últimas décadas há registo de grandes alterações a nível da sociedade, desta forma, as políticas de saúde, a prática clínica e a investigação científica deparam-se com grandes desafios. As alterações demográficas, os comportamentos/ estilos de vida pouco saudáveis, os acidentes de viação e trabalho, e o progressivo aumento da incidência/prevalência de pessoas com doenças crónicas, representam custos a nível pessoal, familiar, profissional, social e económico cada vez mais elevados, tendo muitas vezes repercussões na sua qualidade de vida (Vieira & Sousa, 2016).

O envelhecimento da população portuguesa é hoje uma realidade, relacionado com o declínio da natalidade, mas também com o aumento da esperança de vida, levando assim a um progressivo acréscimo das doenças crónicas, que originam dependência a nível físico, emocional e social.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], identifica as doenças cardiovasculares como sendo as que têm uma maior taxa de mortalidade na União Europeia, representando cerca de 36% na região em 2010. Estas doenças abrangem, entre outras doenças, as doenças cerebrovasculares (DGS, 2017).

De uma forma global, apesar de se assistir a uma melhoria de todos os indicadores sobre doenças cérebro-cardiovasculares, a mortalidade total situa-se abaixo dos 30% relativamente a anos anteriores, mantêm-se como a principal causa de mortalidade e de incapacidade em Portugal, que por norma deixa inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo a funcionalidade do indivíduo particularmente no que se refere à independência nas atividades de vida diária (AVD), justificando-se que se mantenham no topo das prioridades relativamente ao planeamento em saúde (DGS, 2016b).

Nem sempre se consegue descobrir a causa do AVC, mas sabe-se que estes ocorrem com mais frequência em pessoas com hipertensão arterial, com hipercolesterolemia, com diabetes, fumadoras, obesas, sedentárias ou com patologia cardíaca (DGS, 2001).

Mundialmente, a mortalidade provocada por AVC varia entre os 20 e os 250/100.000 habitantes/ano, sendo que mais de 85% dos mesmos ocorrem em países mais pobres e com menos recursos, devido à dificuldade no acesso a cuidados de saúde (Sá, 2009).

Segundo Flannery & Bulecza (2010) nos Estados Unidos da América a cada 45 segundos uma pessoa sofre de AVC, embora exista uma redução considerável nas ultimas décadas da sua incidência, esta patologia ainda continua a ser a terceira causa de morte na região.

De acordo com a Sociedade Portuguesa do AVC (2012) em Portugal a cada cinco minutos ocorre um AVC e a cada hora morrem dois portugueses com a doença. Contudo, metade dos indivíduos que sobrevivem a um AVC ficam com incapacidade parcial e uma em cada seis pessoas terá um AVC ao longo da vida.

No entanto, apesar de se verificar um declínio da taxa de mortalidade das doenças cerebrovasculares (19,7%) em especial no Acidente Vascular Isquémico (redução de 39% abaixo dos 70 anos), o Acidente Vascular Cerebral continua a ser a primeira causa de morte em Portugal, sendo que 18,6 são de origem hemorrágica e 46,6 de origem isquémica, tal como mostra o Quadro n.º 1.

Quadro n.º 1: Indicadores de mortalidade por AVC Hemorrágico e Isquémico, por Sexo, Portugal Continental |2013 a 2015

	AVC hemorrágico			AVC Isquémico		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
H/M						
Número de óbitos	1.773	1.940	1.834	6.099	4.838	4.598
Taxa de mortalidade	17,8	19,6	18,6	61,3	48,9	46,6
Taxa de mortalidade padronizada	9,8	10,6	9,9	27,3	20,9	19,3
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	4,5	4,8	4,7	4,1	2,8	2,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	80,6	87,6	78,8	335,6	262,1	242,5
Homens						
Número de óbitos	922	976	960	2.468	1.947	1.780
Taxa de mortalidade	19,5	20,8	20,5	52,2	41,4	38,1
Taxa de mortalidade padronizada	12,8	13,5	13,1	30,6	23,5	20,8
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,2	6,4	6,6	5,8	4,1	3,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	100,7	107,5	99,3	359,2	280,9	249,1
Mulheres						
Número de óbitos	851	964	874	3.631	2.891	2.818
Taxa de mortalidade	16,3	18,6	16,9	69,6	55,6	54,4
Taxa de mortalidade padronizada	7,5	8,5	7,5	24,7	18,9	17,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	3	3,5	3,1	2,7	1,7	1,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	66,6	75	65,5	317,9	247,5	235,7

Nota: CID 10: I60-I66. Taxas: por 100 000 habitantes.

Fonte: DGS (2017)

Para além disso ainda podemos observar que existe uma maior prevalência destas doenças acima dos 75 anos com uma taxa de mortalidade de 321,3 por 100.000 habitantes em 2015.

Relativamente ao sexo masculino tal como mostra o Quadro n.º 2 podemos verificar que existe uma maior incidência de doenças cerebrovasculares no sexo masculino na faixa etária dos 65-79 anos no ano 2014 bem uma maior taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos em igual período (Quadro n.º 2)

Quadro n.º 2: Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade relativos a oclusão das artérias cerebrais, por sexo e segundo grupo etário, Portugal Continental (2013 e 2014)

OCCLUSÃO DAS ARTÉRIAS CEREBRAIS															
Masculino															
Grupo etário	Utentes saídos		Dias Internamento		Demora Média		Day Cases		Demora Médias sem DC		Ambulatório		Óbitos		
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
<18 anos	11	6	83	58	7,5	9,7	0	0	7,5	9,7	0	0	...	0	
18-39 anos	107	110	1068	1164	10,0	10,6	...	...	...	...	0	0	0	4
40-64 anos	2.445	2.359	26.573	27.327	10,9	11,6	35	28	11,0	11,7	0	0	109	101	
65-79 anos	4.126	4.057	47.370	51.119	11,5	12,6	39	42	11,6	12,7	0	0	373	401	
80 ou +anos	3.132	3.114	41.011	40.012	13,1	12,8	28	25	13,2	13,0	0	0	549	489	
Feminino															
Grupo etário	Utentes saídos		Dias Internamento		Demora Média		Day Cases		Demora Média sem DC		Ambulatório		Óbitos		
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
<18 anos	4	6	64	37	16,0	6,2	0	0	16,0	6,2	0	0	0	...	
18-39 anos	131	112	1608	1377	12,3	12,3	...	5	...	12,9	0	0	...	...
40-64 anos	1.239	1.175	13.392	13.833	10,8	11,8	23	21	11,0	12,0	0	0	45	53	
65-79 anos	3.695	3.476	45.076	43.128	12,2	12,4	24	22	12,3	12,5	0	0	348	322	
80 ou +anos	5.426	5.382	65.281	70.452	12,0	13,1	40	31	12,1	13,2	0	0	928	913	

Fonte: DGS (2016b)

Após o AVC 50% dos doentes que sobrevivem a este acontecimento ficam com limitações ao nível das AVD refletindo-se em alterações da motricidade, discurso, emoções e mesmo na memória, predispondo os doentes a graves riscos de saúde e de bem-estar (Martins, 2006). Todas estas alterações têm um forte impacto na sociedade, com alterações significativas ao nível do estado de saúde dos doentes afetados por esta patologia (Rua, 2012), sendo por este motivo causa de longos internamentos hospitalares em todas as instituições industrializadas (Theofanidis & Gibbon, 2016).

Para que a reabilitação na fase aguda atinja os melhores resultados, é necessária a conjugação de esforços de equipas multidisciplinares, em que todos os membros dessa equipa tenham uma meta comum, de modo a que o programa de reabilitação se torne realmente eficiente. Os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto e técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda

a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar (Menoita, 2012).

Segundo Theofanidis & Gibbon (2016), as intervenções de enfermagem na fase aguda têm como principal objetivo a prevenção de lesões cerebrais secundárias (hipertensão intracraniana), a manutenção das vias aéreas (devido à fraqueza da musculatura da laringe), manutenção dos sinais vitais e também minimizar complicações como atelectasias e pneumonias devido à imobilidade.

De acordo com *European Stroke Initiative* [EUSI] (2003), a reabilitação deve iniciar-se o mais precocemente possível (Nível de Evidência I), pois só desta forma existe a possibilidade de diminuir o número de doentes que ficam dependentes após o AVC.

No entanto, a intensidade do programa de reabilitação depende do estado do doente e do grau de incapacidade do mesmo (Nível de Evidência II). Caso não seja possível uma reabilitação ativa, devido por exemplo ao estado de consciência do doente, dever-se-á realizar uma reabilitação passiva.

Estudos anteriores relataram que a imobilização no início do AVC pode resultar em complicações graves, como pneumonia e trombose venosa profunda. Além disso, a imobilidade no leito tem sido associada a problemas músculo-esqueléticos, resultando numa redução da massa muscular e disfunções do sistema cardiorrespiratório e imunológico. Desta forma, esses efeitos negativos causados pela imobilização podem atrasar a recuperação e aumentar a mortalidade e a morbilidade em doentes que sofreram AVC. Assim, a mobilização precoce pode melhorar os resultados e reduzir as complicações relacionadas à imobilização (Xu, Yu, Ou, Liu, Yuan & Chen, 2017).

Segundo a *European Stroke Organization* [ESO] (2008), quanto maior for a intensidade da reabilitação, maiores serão os resultados, principalmente no que se refere ao tempo destinado às AVD.

Sendo é uma doença que requer a institucionalização do doente a longo prazo, o AVC diminui a qualidade de vida e concorre para elevados encargos a nível social e económico (Kuller, 2001). O objetivo da reabilitação permite ao doente lidar e ultrapassar a sua incapacidade e tornar-se o mais independente possível.

Atualmente os doentes com AVC internados são encaminhados para os Serviços de Medicina ou Neurologia, onde os cuidados são sobretudo orientados para a fase aguda, onde os cuidados de reabilitação não têm sido tão valorizados quanto seria desejável.

A realidade tem demonstrado que os doentes com AVC, dispersos por várias enfermarias, não dispõem de cuidados especializados por equipas multidisciplinares.

Sendo assim, há necessidade de equacionar as novas abordagens ao problema que passam por melhores cuidados durante o internamento. Vários estudos têm demonstrado que novas formas organizativas dos serviços contribuem para mais ganhos em saúde tais como

menor mortalidade e incapacidade (DGS, 2001).

1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A doença cerebrovascular refere-se a qualquer processo patológico em que haja envolvimento dos vasos sanguíneos do cérebro. Os custos e o sofrimento causado por estas doenças acabam por ser de tal forma importantes que são consideradas graves doenças sociais, ou seja, doenças com génese e repercussão social.

O AVC acarreta graves consequências negativas, não só para o indivíduo, mas também para os que o rodeiam e para o sistema de saúde, sendo atualmente considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública. Desta forma, é extremamente importante que a abordagem desta doença seja feita com os mais e melhores avanços técnicos e científicos, visando objetivos ambiciosos, prolongando uma vida ativa com uma melhor qualidade da mesma (Branco & Santos, 2010).

Constantemente o cérebro tem que receber aporte sanguíneo uma vez que não tem capacidade de armazenamento de oxigénio ou glicose, sendo graças a este que as células nervosas se mantêm ativas. Desta forma, quando ocorre a interrupção deste aporte numa determinada área ocorre uma diminuição ou interrupção da atividade funcional dessa área que deixou de ser irrigada (Sands & Maxwell-Thompson, 1999) (Branco & Santos, 2010) causando deficits neurológicos.

Os AVC podem ser isquémicos (80%), que em geral decorrem de trombose ou embolia; ou hemorrágicos (20%), que resultam de rutura vascular. No entanto quando os sintomas duram menos de 1 h são denominados Acidente Isquémico Transitório (AIT). O AVC deteriora o tecido cerebral enquanto o AIT não, no entanto, caso essa situação aconteça, é menos extensa que no AVC (Giraldó, 2017a).

1.1.1. Classificação e etiologia do AVC

Quadro n.º3: AVC Isquémico

<p>AVC isquémico</p> <p>Resulta da oclusão de um vaso ou redução da perfusão cerebral, sendo esta provocada pela redução do débito cardíaco ou hipotensão arterial grave.</p> <p>Pode ser dividido em três categorias.</p>	<p>Trombótico: São os mais frequentes. Surgem quando ocorre a obstrução de um vaso, decorrente de um processo patológico no próprio local da oclusão. A trombose ocorre pela associação de dois fatores; por um lado existe um endurecimento e espessamento das artérias devido à perda de elasticidade, havendo desta forma uma maior resistência à passagem do sangue; e por outro, existe um aumento de lípidos que se vão acumulando formando as placas de ateroma, onde de acumulam as plaquetas sanguíneas. Os trombos afetam qualquer artéria cerebral de grande calibre, no entanto as mais frequentes são as artérias cerebrais médias e os seus ramos, podendo haver uma obstrução total ou parcial.</p>
	<p>Embólico: Ocorre quando existe a obstrução arterial por um corpo estranho, êmbolo, em circulação, que através da corrente sanguínea se desloca até às artérias cerebrais. Segundo Menoita (2012), 34% dos êmbolos são de origem cardíaca estando associados à fibrilhação auricular e a outras arritmias, ao enfarte do miocárdio, à endocardite bacteriana e a complicações resultantes de cirurgia vascular ou de prótese valvular. Os êmbolos podem ainda ser classificados em gasosos quando resultam de cirurgias ou traumatismos; êmbolos gordos, quando resultam de fraturas ósseas ou de origem tumoral. O AVC embólico caracteriza-se por apresentar um quadro de instalação súbita.</p>
	<p>Lacunar: Correspondem a 10% de todos os AVC's, resultando da oclusão de pequenos vasos, ocorrendo geralmente em idosos diabéticos e hipertensos não controlados.</p>

Fonte: Giraldo (2017b), Menoita (2012)

Quadro n. º4: AVC Hemorrágico

<p style="text-align: center;">AVC Hemorrágico</p> <p>Classificado como sendo dos mais graves, com uma taxa de mortalidade até 50% nos 30 dias pós AVC ocorrendo geralmente numa população mais jovem. Define-se por uma rotura vascular, ocorrendo desta forma o extravasamento de sangue no tecido cerebral. Tem como fatores predisponentes Hipertensão arterial (HTA), tumores, aneurismas congénitos, a arteriosclerose, traumatismos cranioencefálicos, entre outros. É uma situação grave de instalação abrupta e com mau prognóstico. Pode ser dividido em três categorias.</p>	<p>Hemorragia Intracerebral: Geralmente atinge pessoas com HTA e com arteriosclerose. Muitas vezes o início está associado à atividade física ou a situações emocionais, estando o prognóstico e o quadro clínico dependente da localização e da extensão da lesão. Frequentemente ocorre quando a pessoa está acordada, manifestando um défice focal agudo de sinais de hipertensão intracraniana com cefaleias e vômitos.</p>
	<p>Hemorragia Subaracnoídea: Desencadeada frequentemente pelo esforço físico, tosse, relações sexuais, defecação e exposição prolongada ao sol, é de entre os AVC o menos frequente. Os sinais e sintomas surgem de forma brusca como por exemplo cefaleias intensas e fotofobia. Caracteriza-se pela rotura de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos ou traumatismos.</p>
	<p>Hemorragia Parenquimatosa: Neste tipo de hemorragia são afetados os pequenos vasos perfurantes, nomeadamente os ramos da artéria cerebral média e cerebral posterior e os ramos paramedianos da artéria basilar. Desta forma, os locais mais afetados são o cerebelo, os gânglios da base e a protuberância.</p>

Fonte: Menoita (2012), Branco & Santos (2010)

Quadro n. º5: Acidente Isquémico Transitório

Acidente Isquémico Transitório	Resulta da diminuição repentina de perfusão ou oxigénio global numa determinada área do cérebro com instalação de défices neurológicos de etiologia isquémica, no entanto com recuperação total em 24h. O AIT é semelhante ao AVC isquémico exceto pela sintomatologia que tem duração inferior a 1h; a maioria dura menos e 5 min. O diagnóstico é clínico. Geralmente é causado por êmbolos resultantes de patologia cardíaca, ou patologia dos vasos extra ou intracranianos.
---------------------------------------	--

Fonte: Branco & Santos (2010), Giraldo (2017b)

1.1.2. Fatores de risco e prevenção do AVC

As doenças cardiovasculares ao serem consideradas como a principal causa de morte no País e de ao mesmo tempo de internamento hospitalar, exigem que haja uma abordagem integrada de controlo dos principais fatores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular.

Com o surgimento de novas terapêuticas de fase aguda, quer farmacológicas quer de intervenção endovascular, tem-se assistido nos últimos anos, a um progresso acentuado nos cuidados intra-hospitalares e também após a alta. Desta forma, estes cuidados deverão iniciar-se o mais precocemente possível e serem adequados aos cuidados domiciliários, quer de enfermagem, quer de medicina física e reabilitação, quer ainda de apoio social por forma a permitir uma reintegração do doente na comunidade tão completa e rápida quanto possível, constituindo tal processo um continuum, onde não deve haver hiatos e nos termos preconizados em instâncias internacionais, como sejam, a Organização Mundial de Saúde, a Conferência de Helsingborg e as sociedades científicas europeias e americanas (DGS, 2017).

A elevada prevalência de fatores de risco que podem ser de origem genética ou da adoção de estilos de vida mais ou menos saudáveis, acarreta a necessidade de prestar uma especial atenção à sua prevenção, deteção e correção. Apesar dos inúmeros avanços ao nível da prevenção e intervenção no AVC, este continua a causar grande impacto na sociedade, sendo classificado como a doença crónica mais incapacitante (Ferreira, 2014).

A história natural da doença mostra que muitos dos fatores de risco são identificáveis nas

idades mais jovens, influenciando a probabilidade do aparecimento da doença anos mais tarde. Assim, é de extrema importância a existência de um conjunto de medidas destinadas à população em geral, ou a grupos sociais específicos, cuja finalidade não será apenas diminuir a prevalência dos fatores de risco, mas também aumentar a prevalência dos fatores de proteção para a promoção e preservação da saúde, através de programas de educação para a saúde, informação e formação dirigida e adequada a todos os grupos etários (Branco & Santos, 2010).

O *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, os EUA, dividiu os fatores de risco em dois eixos: o primeiro corresponde a fatores confirmados e possíveis e o segundo a características pessoais e estilos de vida, patologias ou marcadores patológicos e lesões estruturais assintomáticas (Martins, 2006).

Quadro n. º6: Fatores de Risco para AVC

Confirmados	Possíveis
<u>Características e Estilos de Vida</u>	
Idade, sexo, raça, hereditariedade, tabaco, consumo exagerado de álcool e abuso de drogas.	Padrão de personalidade, localização geográfica, estação do ano, clima, fatores económicos, mortalidade materna precoce, uso de contraceptivos orais, dietas ricas em gordura animal, obesidade e hiperlipidémia.
<u>Patologias ou Marcadores Patológicos</u>	
Hipertensão Arterial, doença cardíaca, AIT, hematócrito elevado, diabetes mellitus, elevada concentração de fibrinogénio, enxaqueca.	Hiperuricemia e hipotiroidismo.
<u>Lesões Estruturais Assintomáticas</u>	
<p>Detetadas por exame físico: ruído carotídeo, embolia retiniana, diferença da pressão arterial entre os dois braços e diminuição da pressão na oculoplestígrafia .</p> <p>Detetadas por imagiologia: enfartes silenciosos ou hemorrágicos detetados por tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética, malformações arteriovenosas, aneurisma, aterosclerose com stent arterial e displasia fibromuscular.</p>	

Adaptado: Martins (2006)

No entanto, outros autores consideram que os fatores de risco estão maioritariamente associados ao estilo de vida e aos comportamentos que se alteram ao longo da vida.

A classificação também muitas vezes utilizada divide-se em fatores de risco modificáveis e não modificáveis, ou seja, dependendo se podem ser alvo de intervenção ou não (Ferro & Pimentel, 2006).

Quadro n. 7: Fatores de Risco para AVC modificáveis e não modificáveis

Fatores de Risco para AVC	
<u>Não modificáveis</u>	<u>Modificáveis</u>
Idade Aproximadamente 88% da mortalidade ocorre em pessoas com mais de 65 anos duplicando a cada década depois dos 55 anos	Hipertensão Arterial Atinge aproximadamente mil milhões de pessoas em todo o mundo, prevendo-se que a doença aumente se não forem tomadas medidas preventivas. O risco de doença cerebrovascular é quatro vezes maior em indivíduos hipertensos.
	Diabetes Mellitus A diabetes aumenta o risco de aterosclerose, a hiperglicemia contribui para o aumento da mortalidade na altura do AVC.
	Hiperlipidémia Apesar de ser dos fatores que menos contribui para a ocorrência da doença cerebral, a probabilidade das pessoas com colesterol total superior a 240 mg/dl desenvolverem AVC isquémico é o dobro das que têm um valor inferior.
Género Apesar da incidência do AVC ser quase o dobro no sexo masculino relativamente ao feminino, na taxa de mortalidade ocorre o inverso. Havendo ainda uma maior probabilidade de ocorrência de um segundo AVC em 5 anos no sexo masculino	Tabagismo Seguido da HTA o tabagismo é o fator que mais potencia o aparecimento do AVC uma vez que acelera a aterosclerose, predispondo assim a eventos isquémicos.
	Alcoolismo O consumo de álcool exagerado está associado a disritmia cardíaca e a cardiopatia o que provocar êmbolos. Conduzindo ainda a um aumento da pressão sanguínea, com o consequente risco de doença coronária, arritmias, favorecendo a aterosclerose da grande artéria cerebral devido a uma maior coagulabilidade do sangue. No entanto, estima-se que o consumo moderado, tem efeito protetor hemorrágico.
Etnia Nos indivíduos afro-americanos quer o risco quer a taxa de mortalidade é quase o dobro da que se regista nos indivíduos caucasianos	Obesidade O excesso de peso está associado a um maior risco de HTA, hiperlipidémia, hiperglicemia, sendo todos estes fatores aglutinadores para um maior risco de AVC.
	Sedentarismo A inatividade física contribui para o aumento de doenças cardiovasculares bem como para o aumento de peso o que vai potenciar o surgimento do acontecimento. A atividade física diminui a tensão arterial, ajuda a controlar o peso e diminui a necessidade de oxigénio do miocárdio.

Fonte: Ferro & Pimentel (2006), Flannery & Bulecza, (2010), Branco & Santos (2010)

É extremamente importante fazer um estudo pormenorizado sobre os fatores de risco do indivíduo, a fim de poder identificá-los precocemente promovendo hábitos de vida saudáveis. Quanto maior for o número de fatores de risco identificados maior será a probabilidade de ocorrência do AVC.

1.1.3. Manifestações clínicas do AVC

Os défices causados pelo AVC são reflexo do local e da gravidade da isquemia por ele causado. O AVC isquémico não se distribui ocasionalmente pelo encéfalo, mas sim por territórios arteriais e o hemorrágico distribui-se nos locais em que existe uma maior fragilidade vascular.

Os sintomas refletem, tal como mostra o quadro n.º 8, o local e gravidade da lesão isquémica.

Quadro n.º 8: Manifestações Clínicas AVC

Motoras	<ul style="list-style-type: none"> • Hemiparesia ou hemiplegia do hemicorpo contralateral ao local da isquemia <ul style="list-style-type: none"> - Inicialmente flácida, evoluindo para espástica • Disfagia; possibilidade de diminuição do reflexo de deglutição • Disartria
Intestino e Bexiga	<ul style="list-style-type: none"> • Polaquiúria, urgência e incontinência urinárias <ul style="list-style-type: none"> - As possibilidades de reeducação da bexiga são boas, quando a função cognitiva está intacta • Obstipação; mais associada à imobilidade do que aos efeitos físicos do AVC
Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia não-fluente (também conhecida por afasia motora/de expressão): dificuldade ou incapacidade de se expressar verbalmente • Afasia fluente (também conhecida por afasia sensitiva/de receção): dificuldade ou incapacidade de compreensão da fala • Alexia: incapacidade de reconhecer as palavras escritas • Agrafia: incapacidade de se expressar por escrito
Percepto-Sensoriais	<ul style="list-style-type: none"> • Resposta diminuída à sensibilidade superficial (tato, dor, pressão, calor e frio) • Propriocepção diminuída (reconhecimento da posição das partes do corpo face ao ambiente) • Défices visuais <ul style="list-style-type: none"> - Acuidade diminuída - Diplopia - Hemianopsia homónima • Perceção <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de negligência unilateral - Imagem corporal distorcida - Apraxia: incapacidade de realizar atos voluntários aprendidos - Agnosia: incapacidade de reconhecer objetos familiares, pela visão, pelo som ou pelo tato; incapacidade de reconhecer rostos - Anosognosia: incapacidade de reconhecer, ou negação de um défice físico - Eventualmente, défices em: <ul style="list-style-type: none"> - Dizer as horas - Calcular as distâncias - Distinção direita – esquerda - Memória de locais, objetos
Cognitivos-Emocionais	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidade e imprevisibilidade emocionais <ul style="list-style-type: none"> - O comportamento pode ser socialmente impróprio (por ex., ataques de choro, praguejar) • Depressão • Perda de memória • Pouca concentração, distrair-se facilmente • Perda da capacidade de raciocínio, de discernimento e de abstração

Fonte: Monahan *et al* (2010)

No entanto também estão identificadas várias síndromes que refletem o envolvimento de vasos específicos e das regiões do cérebro por eles irrigadas, havendo, desta forma, a existência de défices específicos associados a isquemia desses vasos (Quadro n.º 9).

Quadro n.º 9: Características das Principais Síndromes de AVC

Síndrome da Artéria Cerebral Média (ACM) (Obstrução Mais Comum)	<p>Em caso de bloqueio do ramo principal da ACM, o enfarte pode afetar a maior parte do hemisfério, porque a ACM é responsável por cerca de 80% da irrigação sanguínea dos hemisférios cerebrais. As características incluem:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemiparesia ou hemiplegia contralateral (membro superior mais gravemente afetado que o membro inferior)- Défice sensorial contralateral na mesma área afetada por hemiplegia (proprioceção, tato)- Negligência ou desatenção, unilateral (quando no hemisfério não-dominante)- Afasia (quando no hemisfério dominante)- Hemianópsia homónima contralateral
Síndrome da Artéria Carótida Interna (ACI)	<p>Os sintomas de AVC da ACM e da ACI são praticamente idênticos; contudo, se ocorrer bloqueio do ramo principal da ACM, os défices podem ser profundos, já que o edema cerebral, geralmente, é extenso.</p> <p>As características do AVC da artéria carótida interna incluem:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemiparesia ou hemiplegia contralateral- Perdas sensoriais contralaterais- Afasia (quando no hemisfério dominante)
Síndromes das Artérias Vertebrobasilares	<p>A obstrução dos vasos neste sistema dá origem a sintomas únicos que refletem a perfusão do cerebelo e do pedúnculo cerebral:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ataxia, inépcia- Disfagia e disartria- Vertigens e nistagmo- Défices sensitivo-motores, bilateralmente- Diminuição de força muscular e parestesia facial

Fonte: Monahan *et al* (2010)

Dos vários sintomas anteriormente descritos, os motores são os que mais se manifestam clinicamente. O comprometimento das vias motoras afeta o início do movimento, a força e integração, a atividade reflexa bem como o tônus muscular. Desta forma, é extremamente importante que exista uma reabilitação ativa logo o que o AVC seja dado como concluído, ou seja, logo que o doente se encontre hemodinamicamente estável.

2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Com o avanço da medicina e da sua especialização em várias áreas, surgiu um novo grupo de doentes, “os sobreviventes...”, e com eles a correspondente “...cronicidade...” A reabilitação foi uma das especialidades que também evoluiu de forma natural permitindo uma melhor exploração e atuação na complexidade das situações humanas e das suas múltiplas componentes.

As diferentes características da reabilitação fazem com que a arte de cuidar, no geral, e de enfermagem particularmente, encontrem nela uma área propícia para se desenvolver e afirmar. A reabilitação permite trabalhar por uma verdadeira atualização de todos os modelos de práticas de cuidados (Hesbeen, 2010) devendo ser iniciada o mais precoce possível logo que sejam identificadas as lesões que o doente apresenta (Menoita, 2012).

Sendo a reabilitação um processo precoce, único, contínuo, global e progressivo, complexo e interdisciplinar, deve ser realizado na perspetiva da pessoa, baseando-se numa relação de ajuda. O EEER deve respeitar o projeto de vida da pessoa e desta forma agir de acordo com as expetativas do doente relativamente ao futuro (Menoita, 2012).

O planeamento dos cuidados também deve ser focado na família para que esta aprenda novos métodos de responder às exigências do dia-a-dia, através de ensinamentos contínuos e objetivos. É fundamental o reconhecimento da importância das ações, a compreensão do processo e a participação e colaboração de todos tendo um objetivo comum (Lessmann, Conto, Ramos, Borenstein & Meirelles, 2011).

Assim, o EEER deve estimular a qualidade dos cuidados prestados numa perspetiva de melhoria contínua da saúde e qualidade de vida das pessoas, grupos e comunidades. Desta forma, a definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER constitui um instrumento de extrema importância para a promoção da melhoria contínua destes cuidados e um referencial para a reflexão sobre a prática especializada da ER.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER irão identificar oportunidades de melhoria dos cuidados e influenciar a introdução de mudanças nas políticas e das estratégias em Saúde. O desenvolvimento profissional especializado, combinado na prática clínica, será um contributo facilitador para a criação de dinâmicas de gestão da qualidade dos cuidados de ER, sendo uma mais valia para a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas desta área clínica (Ministério da Saúde, 2015a).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em ER formulados

pela OE estabelecem oito categorias de enunciados descritivos – satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem, estando estas associados aos cuidados gerais e aos cuidados especializados em ER (Ministério da Saúde, 2015a).

A avaliação da atividade funcional da pessoa e dos seus diferentes contextos bem como quais as tecnologias mais adequadas a serem usadas para servirem de apoio para a realização das diferentes atividades, são um dos grandes objetivos das equipas de saúde, em especial dos EEER uma vez que são estes que acompanham toda a evolução do processo de reabilitação desde a fase aguda até à sua integração na família e na sociedade, tornando-se assim, o gestor da reabilitação global da pessoa (Pontes & Santos, 2016).

Desta forma a *Association of Rehabilitation Nurses* (2014) concorda que o papel do enfermeiro de reabilitação é fundamental para a continuidade dos cuidados. Assim, é de extrema importância que haja um reconhecimento do papel do EEER pelos seus pares para que a qualidade do processo de reabilitação alcance os níveis de excelência e visibilidade desejados (Andrade, Araújo, Andrade, Soares, & Cianca, 2010).

De acordo com o regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros:

“A tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação baseia-se na conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade. Identificada a problemática, prescreve, implementa, monitoriza e avalia intervenções que: Promovam ações preventivas; Assegurem a capacidade funcional; Previnam complicações; Evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas (por doença ou acidente), ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, motora ou de outras deficiências e incapacidades.” (Ministério da Saúde, 2015a:16656).

A Reabilitação tem como objetivo restabelecer a máxima independência da Pessoa ou a sua recuperação similar ao nível da função pré-lesão ou pré-incapacidade. O plano de reabilitação iniciado na fase aguda, logo após a estabilização, tem como objetivo principal a melhoria da funcionalidade e a prevenção de uma maior incapacidade devido a complicações secundárias ao acontecimento (Branco & Santos, 2010).

Segundo Branco & Santos (2010:39) “O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC depende de um “crescimento” lento, repetitivo, persistente, com rotinas de exercícios que não devem evoluir para além da capacidade individual da Pessoa”.

2.1. REABILITAÇÃO DO DOENTE PÓS AVC ISQUÉMICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Assumindo-se as doenças cardiovasculares como a principal causa de morte no País e

de internamento hospitalar existe a necessidade da existência de controlo dos principais fatores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular.

Assim, nos últimos anos tem-se assistido a um acentuado progresso com o surgimento das terapêuticas na fase aguda, não só a nível farmacológico, mas também de intervenção endovascular, bem como de melhores cuidados durante o internamento e após a alta.

No entanto, há que ter em conta que os cuidados deverão iniciar-se tão precocemente quanto possível e continuar ao longo do internamento, prolongando-se após a alta, se adequado, nos cuidados domiciliários, quer de enfermagem, quer de medicina física e reabilitação, quer ainda de apoio social, permitindo uma reintegração na comunidade, tal como preconizado em instâncias internacionais, como sejam, a Organização Mundial de Saúde, a Conferência de Helsingborg e as sociedades científicas europeias e americanas (DGS, 2017).

No âmbito do Plano Nacional de Saúde, o Despacho do Secretário de Estado n.º 6401/2016 de 16 de Maio aprovou o Plano Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares (PNDCCV) que vem reforçar a necessidade de priorizar a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças cérebro e cardiovasculares. Desta forma, a implementação do PNDCCV tem permitido aumentar o acesso das pessoas com AVC às unidades de saúde habilitadas a fornecer a terapêutica de fase aguda e assim reduzir o grau de incapacidade e aumentar a sobrevida (DGS, 2017).

O envelhecimento da população portuguesa é hoje uma realidade, relacionado com o declínio da natalidade, mas também com o aumento da esperança de vida, levando assim a um progressivo acréscimo das doenças crónicas, que originam dependência a nível físico, emocional e social. A perda de função física, cognitiva e social diminui gradualmente o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa.

A dependência parcial ou total da pessoa está intimamente relacionada com a realização das AVD implicando uma necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência prestada por cuidadores formais e informais. Desta forma, o sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC depende do envolvimento de uma equipa multidisciplinar, em que estão presentes a Medicina, a Enfermagem, a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional, a Terapia da Fala e o Serviço Social.

O processo de Reabilitação é centrado no doente devendo ser orientado por objetivos, que começam no dia após o AVC, com a finalidade de melhorar a funcionalidade e atingir o maior nível de independência possível, física e psicologicamente, mas, também, social e economicamente.

Quando existem défices funcionais graves, existindo a necessidade de internamento, Pfeffer and Reding referem que em cerca de 80% dos doentes com défices motores, sensoriais e cognitivos, têm ganhos funcionais com a instituição de um programa de

reabilitação (DGS, 2011).

Desta forma, pode-se assumir que a intervenção da reabilitação possibilita minimizar os défices, melhorar a funcionalidade e facilitar a integração sociofamiliar e profissional na perspetiva da Classificação Internacional da Funcionalidade, que engloba as atividades, participação, qualidade de vida e fatores pessoais e ambientais que os condicionam (DGS, 2011).

Segundo a Norma n.º 054/2011 da Direção Geral da Saúde (2011):

- . A reabilitação deve ser organizada para proporcionar o máximo de intensidade nos primeiros seis meses após AVC (Nível de evidência A, National Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, Melbourne, Austrália);
- . A reabilitação é um processo contínuo, em que a intensidade e duração da mesma deverá ter em conta as necessidades e tolerância dos doentes (Classe de recomendação I, Nível de evidência A - ESO 2008).
- . A alta hospitalar precoce de um doente com AVC só deverá acontecer se este estiver estável do ponto de vista clínico e com défices leves a moderados, desde que existam recursos especializados de reabilitação na comunidade (Classe de recomendação I, Nível de evidência A – ESO 2008).
- . Após a alta os doentes que sofreram AVC devem ter uma avaliação hospitalar regular e contínua.

No entanto, ainda existe falta de unanimidade relativamente à definição de “início precoce” da reabilitação. Estudos realizados em que existe comparação entre o início precoce e tardio da reabilitação revelaram melhor prognóstico se o tratamento for iniciado dentro dos primeiros 20-30 dias após o AVC, uma vez que muitas das complicações imediatas dos AVC (trombose venosa profunda, escara, contratura, obstipação e pneumonia de aspiração) estão relacionadas com a imobilidade. Desta forma, a mobilização é um componente fundamental da reabilitação precoce.

Apesar do momento ideal para que seja iniciado um plano de reabilitação não estar claro, a mobilização nos primeiros dias após AVC parece ser bem tolerada. Resultados prévios do estudo A Very Early Rehabilitation Trial For Stroke (AVERT), um estudo de reabilitação nas primeiras 24 horas, sugere que a reabilitação imediata é bem tolerada sem que se verifique qualquer aumento de efeitos secundários (ESO, 2008).

Sendo o AVC uma doença complexa que requer as habilidades de uma equipa interdisciplinar, os enfermeiros frequentemente desempenham um papel central na coordenação do cuidado ao longo do contínuo de recuperação. Um estudo prospetivo de observação de 54 instalações de reabilitação dos EUA com uma amostra aleatória

geograficamente estratificada mostrou que um aumento de 1% no número de enfermeiros de reabilitação certificados em unidades, contribuiu para a diminuição de cerca de 6 % no período de internamento do doente.

Desta forma, assume-se a verdadeira importância dos enfermeiros com esta especialidade nos cuidados especializados ao doente (Miller, Murray, Richards, Zorowitz, Bakas, Clark, & Billinger, 2010).

Há que relembrar que, antes de iniciar qualquer intervenção terapêutica, o EEER deve realizar uma correta neuroavaliação do doente, por forma a poder conduzir todo o processo terapêutico da melhor forma possível (Branco & Santos, 2010), procedendo a uma correta anamnese, exame físico do doente e exame neurológico, promovendo a máxima privacidade do mesmo. Segundo Menoita (2012) esta avaliação deve contemplar:

- Estado mental;
- Pares Cranianos;
- Motricidade;
- Sensibilidade;
- Equilíbrio e marcha;
- Alteração da mobilidade;
- Alteração da motricidade facial;
- Alteração da linguagem: disartria;
- Alterações das funções cognitivas;
- Alteração da deglutição;
- Alteração do padrão de eliminação vesical e intestinal;
- Alteração da integridade cutânea;
- Alteração da sexualidade;
- Alteração emocional e social.

Toda esta avaliação do doente deve ser avaliada em ambiente calmo e tranquilo.

2.2. AUTOCUIDADO: O CONTRIBUTO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

Segundo Lutz e Davis (2011:15): “Numerosos modelos uniprofissionais e teorias de enfermagem, reabilitação e ciências sociais oferecem os fundamentos para as enfermeiras de reabilitação e outros profissionais usarem quando fazem investigação, providenciam cuidados e desenvolvem programas de serviço.”

Dada a complexidade do processo de reabilitação, existe a necessidade de uma abordagem de cuidar multidisciplinar e interdisciplinar suportada teoricamente.

A importância das grandes teorias de enfermagem é a capacidade que estas têm para

ajudar a desenvolver a enfermagem enquanto ciência humana prática. A melhoria do cuidado deve ser o principal objetivo de uma grande teoria de enfermagem. Entender a natureza dos seres humanos, a sua interação com o ambiente e o impacto que advém desta interação na saúde das pessoas, ajuda a um correto planeamento da prática clínica bem como na definição de intervenções que irão ajudar a melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Uma das teorias mais mencionadas na enfermagem é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) desenvolvida por Dorothea Orem em 1959. Segundo a teoria de Orem, o objetivo primordial de enfermagem está relacionado com a assistência dos doentes nas suas necessidades de autocuidado, permitindo o retorno ao mesmo. Desta forma, as intervenções de enfermagem devem ser plenamente compensatórias, parcialmente compensatórias e de suporte educativo (Lutz & Davis, 2011).

A TDAE é uma teoria geral composta por três teorias que se relacionam, sendo elas: a Teoria do Autocuidado que relata como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado que traduz o porquê da necessidade das pessoas necessitarem da ajuda de enfermagem para a satisfação das suas necessidades e a Teoria dos Sistemas que explica as relações que têm que ser estabelecidas e sustentadas para que se produza enfermagem (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Orem define o Autocuidado como sendo o desempenho ou a prática de atividades que as pessoas realizam de forma a manter a vida, a saúde e o bem-estar. Desta forma, pode ser considerado universal não se limitando às atividades de vida diária e às instrumentais, mas sim acabando por abranger todos os aspetos vivenciais, como por exemplo as crenças, os antecedentes sociais e culturais, são alguns dos fatores que influem os comportamentos de autocuidado.

Segundo Lista, Correia & Fonseca (2017: 13): “As atividades de autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e rehospitalização”.

No entanto quando o indivíduo experiencia uma situação de doença e as necessidades de autocuidado excedem a capacidade de autocuidado, ou seja, quando o indivíduo deixa de ser capaz de desempenhar a atividade de autocuidado, é necessário recorrer à ajuda de outrem para a satisfação das necessidades.

Desta forma, o REPE define objetivamente a enfermagem como a disciplina que tem como objetivo a prestação de cuidados a todo o ser humano são ou doente ao longo do ciclo vital, bem como aos grupos sociais onde este se encontra inserido por forma a que estes mantenham, melhorem e recuperem a saúde o mais rápido possível (Lista, Correia & Fonseca, 2017). É então nesta fase que a ER assume uma importância fulcral nos cuidados de saúde prestados, uma vez que concebe, implementa e avalia planos e programas

especializados baseando-se na qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

O EEER tem um papel fundamental na reabilitação do indivíduo em todo o ciclo vital, sendo considerado uma peça fundamental no meio de uma equipa multidisciplinar uma vez que promove a adaptação e a máxima autonomia das pessoas com doenças crónicas e com algum tipo de incapacidade física. Desta forma, a teoria do Autocuidado de Orem constitui um importante meio para que este fim seja atingido, ou seja, o EEER aplicando esta teoria é capaz de dar uma resposta mais adequada na prestação de cuidados individualizados, corrigindo os défices de autocuidado que o doente apresenta, quer em meio hospitalar, quer nos cuidados de saúde primários quer até mesmo em contexto domiciliário, através dos conhecimentos que tem da pessoa e de saber a forma como esta se relaciona com o meio (Lista, Correia & Fonseca, 2017).

A reabilitação é uma das muitas funções da enfermagem que procura a independência para a realização do autocuidado. O adequado atendimento, bem como o início precoce de reabilitação podem melhorar notavelmente o prognóstico da doença. Quando se fala em reabilitação há que ter em conta que esta é muito mais do que um reaprender a andar, a vestir-se, ou a transferir-se da cama para a cadeira de rodas. Indo ao encontro da temática do presente relatório, os principais cuidados realizados aos doentes com AVC, considerando o fortalecimento das capacidades para o autocuidado são: o cuidado de enfermagem e controlo postural, por exemplo através do posicionamento correto no leito (antispástico), mudanças de decúbito; o cuidado de enfermagem e os exercícios de amplitude do movimento, por exemplo através da aplicação de exercícios de mobilização passiva, ativo-assistidos, ativos e ativos-resistidos; o cuidado de enfermagem no treino de marcha; o cuidado de enfermagem e os exercícios de manutenção de equilíbrio (Lessmann, Conto, Ramos, Borenstein & Meirelles, 2011).

Em suma, Orem refere ainda cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar juntamente ou isoladamente durante a prestação de cuidados à pessoa, sendo estes: executar ou agir, substituindo-a quando esta não está capacitada para fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente por forma a potenciar o seu desenvolvimento; e ensinar. Desta forma, para Orem, o processo de enfermagem permite fazer um diagnóstico da necessidade dos cuidados, fazer um planeamento correto dos mesmos e desta forma intervir (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

3. DEMORA MÉDIA DO INTERNAMENTO HOSPITALAR

Ao longo dos últimos anos têm vindo a ser publicadas estatísticas referentes à morbilidade dos internamentos ocorridos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Sendo que as contagens para estas estatísticas são feitas a partir da base de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), que anualmente é cedida à da DGS pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (DGS, 2012).

3.1. GRUPOS DE DIAGNÓSTICO HOMOGÉNEOS

Os GDH são um sistema de classificação de doentes, concebidos como um meio para relacionar o tipo de doentes tratados num hospital e os custos ocorridos nesse mesmo hospital, com o tratamento desses doentes.

Foi no final da década de 60, na Universidade de Yale nos Estados Unidos da América, através do Professor Robert Fetter e o Professor John Thompson que os GDH começaram a ser desenvolvidos. A finalidade deste sistema de classificação de doentes era servir como apoio a um programa de revisão da utilização com base em tempos médios de internamento, mas também como uma ferramenta para monitorizar a utilização dos serviços no hospital (Urbano & Bentes, 1990).

O valor do GDH é estabelecido precocemente, antes dos cuidados de saúde serem prestados, criando-se desta forma, um incentivo económico no sentido de atingir uma maior eficiência, erguendo-se como a base de um sistema de pagamento prospetivo. Desta forma, o hospital terá um maior interesse em controlar os seus custos, uma vez que também a taxa de “lucro” que obtém será maior (Rendo, 2009).

Os GDH foram introduzidos em Portugal em 1984 através de um contrato entre o Ministério da Saúde português e a U. S. Agency for International Development (AID), com o objetivo de desenvolver um projeto de controlo de custos hospitalares, que financeiramente eram suportados pela AID. O principal objetivo deste projeto era reduzir os custos e aumentar a produtividade, o que seria alcançável através da implementação de um sistema de informação integrado de gestão e financiamento dos hospitais. Através deste sistema, o Ministério da Saúde financiaria os hospitais de forma mais racional, havia a existência de incentivos para aumentar a produtividade e reduzir os custos e, ao mesmo tempo, desenvolver sistemas adequados de gestão que proporcionariam capacidade para responder a tais

incentivos (Escoval & Vaz, 2010).

Depois do sucesso da última tentativa é então introduzido, em 1990, o conceito de GDH para definir operacionalmente a produção de um Hospital e classificar episódios agudos. Foi a partir do conceito Diagnosis Related Groups (DRGs), originalmente idealizado e operacionalizado nos EUA, que se formou, em Portugal, o conceito de GDH. Esse conceito acabou por ganhar força em muitos países graças à sua capacidade de comportar os custos Hospitalares levando a que, na atualidade, seja um dos métodos mais adotados.

As primeiras tabelas de preços por GDH a praticar pelo SNS foram aprovadas em 1990 através da portaria n.º 409/90 de 31 de Janeiro. Sendo também neste ano que o conceito de *case-mix* foi utilizado pela primeira vez no cálculo do financiamento dos episódios de internamento no SNS.

No ano de 2014 o método de financiamento em Portugal é definido no Contrato-Programa 2014, continuando-se a realizar com base na classificação dos episódios em GDH através do agrupador na versão *All Patient Diagnosis Related Groups*, versão 27 (AP27).

A cada episódio de internamento é atribuído um GDH tendo em conta o resumo de alta do doente, especialmente: diagnóstico principal, diagnósticos secundários, que podem de alguma forma interferir no diagnóstico principal, procedimentos cirúrgicos, idade, sexo, destino após a alta e peso à nascença, no caso de se tratar de recém-nascidos (Costa, Lopes & Santana, 2008).

A classificação portuguesa de diagnósticos é resultado da tradução da codificação da Classificação Internacional de Doenças, 9a Revisão para a Classificação Internacional de Doenças, 9a Revisão, Modificação Clínica: ICD-9-CM.

Inicialmente os diagnósticos possíveis foram divididos em 23 Grandes Categorias Diagnósticas (GCD), organizadas de modo a corresponderem de uma forma geral, a um aparelho ou sistema principal. Após a definição das GCDs iniciou-se a formação dos GDH,s procedendo à divisão da base de dados segundo os diagnósticos principais. Para além disso, cada GCD é ainda avaliada tendo em conta se houve ou não intervenção cirúrgica, uma vez que este facto acarreta implicações e custos associados à mobilização de bloco operatório, sala de recobro, cuidados intensivos, entre outros.

Para as GCDs cirúrgicas existe um critério de categorização que as subdivide em grandes cirurgias, pequenas cirurgias, cirurgias não relacionadas com o diagnóstico principal e outras cirurgias. Para as GCDs médicas foram definidos quatro subagrupamentos: neoplasias, sintomas, situações específicas relacionadas com o respetivo aparelho ou sistema e outros (Matos, 2011).

No entanto o Despacho n.º 10537/2013, de 13 de agosto procedeu à substituição da ICD-9-CM pela *International Classification of Diseases — 10th revision — Clinical Modification/Procedures* (ICD-10-CM/PCS) tendo, posteriormente, sido publicado o Despacho

n.º 9090/2015, de 3 de agosto, que afixou em 1 de janeiro de 2017, data de fixação deste sistema de classificação (Ministério da Saúde, 2017a).

Para este estudo foi utilizada a tabela em vigor pela Portaria 207/2017 de 11 de Julho de 2017 tendo sido analisados os GDH's 45 - Acidente Vascular Cerebral e/ou Oclusão Pré cerebral com Enfarte (Anexo I).

3.2. DEMORA MÉDIA DO INTERNAMENTO HOSPITALAR DO AVC: CONTEXTO ATUAL

A demora média dos dias de internamento continua a ter grande impacto relativamente à saúde e bem-estar dos doentes, não só porque o prolongamento desnecessário da duração do internamento aumenta o risco de infeções nosocomiais (Henderson, 2006), como também está associada a um consumo desnecessário de recursos, aumentando as despesas com a saúde.

Desta forma, houve necessidade de demonstrar a importância dos cuidados especializados de ER perante os doentes e também no SNS.

Estudos demonstram que os enfermeiros têm um papel importante desde a admissão do doente no serviço de internamento, até ao momento da alta. Para além de ajudar os doentes a ultrapassar as dificuldades com que atualmente se deparam, apoiam também as famílias na adaptação às novas condições de vida, às limitações do dia a dia, para além de proporcionarem uma melhor recuperação.

Por mais de 20 anos foi estabelecido que o cuidado especializado em doentes com AVC salvou vidas, reduziu incapacidades, reduziu a permanência nas instituições de saúde, estando associado a melhores resultados. O cuidado de enfermagem especializado é primordial para alcançar melhores resultados (Theofanidis & Gibbon, 2016).

Em tempos mais remotos, os sintomas, bem-estar e rapidez da recuperação, eram o foco de atenção dos investigadores (Doran, 2011), no entanto, atualmente, esta atenção está mais centrada nos resultados, tais como, satisfação dos doentes, mortalidade e demora média de internamento (Scherb, 2002).

A demora média de internamento hospitalar é um indicador importante uma vez que permite avaliar a eficiência e os indicadores de qualidade dos estabelecimentos de saúde (Fernandes, 2011).

Segundo a Portaria n.º 207/2017 de 11 de Julho o AVC tem uma média de internamento de 8,01 dias para um nível de severidade 1 (Ministério da Saúde, 2017a).

3.3. OS CUSTOS DO INTERNAMENTO POR AVC

O EEER, baseado nos problemas reais e potenciais da pessoa, concebe, implementa e monitoriza planos de ER diferenciados de modo a maximizar o seu potencial, promovendo a saúde e prevenindo complicações secundárias (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

No entanto, as despesas em saúde não podem ser separadas dos ganhos em saúde e os hospitais, mesmo que muitas vezes sejam considerados estruturas consumidoras de grande parte dos recursos, têm uma importância crucial no SNS.

Desta forma, há que haver um investimento nos hospitais por forma a maximizar os ganhos em saúde, garantindo simultaneamente que os serviços sejam capazes de satisfazer as necessidades dos doentes (Escoval, Fernandes, Santos & Matos, 2010). É desta forma, que a ER constitui-se como uma área de intervenção clínica reconhecida, dando respostas às necessidades reais da população, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática.

Segundo dados da OCDE em 2008, estima-se que a média de gastos duplicará até 2050 caso não sejam adotadas medidas políticas. Desta forma, torna-se impreterível o controlo de gastos através da implementação de medidas que aumentem a eficiência.

No entanto, não só a diminuição dos dias de internamento e a diminuição dos gastos é importante, ou seja, tal como foi referido anteriormente, também os ganhos em saúde e o retorno do doente ao seu lar com o maior grau de autonomia possível têm uma importância crucial. Ser portador de incapacidade física compromete não só o próprio indivíduo como também os familiares/cuidadores que lhe são mais próximos.

Neste sentido, a enfermagem tem um papel fundamental logo desde o primeiro dia de internamento até ao momento da alta, evitando e controlando situações que possam suceder.

Segundo a Portaria n.º 207/2017 de 11 de Julho de 2017, o AVC representa uma diária de internamento calculada em 701,15 euros (Ministério da Saúde, 2017a).

Quando se estudam os estudos dos custos da doença, não se pretende efetuar uma avaliação económica uma vez que não estão a ser estudadas intervenções específicas, mas sim pretende-se medir e avaliar o impacto de uma doença ao nível dos recursos económicos que lhe são afetados. Tenciona-se analisar um determinado problema de saúde, e através disso, definir prioridades com mais necessidade de recursos, planos de intervenção e de investigação por parte do sistema de saúde.

O AVC é uma das principais causas de mortalidade e institucionalização e representa quantias substanciais nos recursos de saúde. Os custos relacionados com o AVC podem representar até 3% a 4% do orçamento anual de saúde nacional. Desta forma, perante estes dados, é fundamental avaliar a relação custo-eficácia relativa às diferentes intervenções (Patel, Knapp, Perez, Evans & Kalra, 2004).

A análise do custo-efetividade tem como objetivo principal comparar o custo das diferentes alternativas de intervenções perante a execução de uma mesma ação. Estes custos, são posteriormente expressos em unidades monetárias sendo os resultados apresentados em indicadores físicos, como por exemplo, número de mortes evitadas de uma determinada doença, anos de vida ganhos bem como redução da incapacidade (Ferreira, 2005).

Desta forma, é de extrema importância que o atendimento na fase aguda seja realizado com a máxima otimização de recursos financeiros, com a utilização adequada de meios de diagnóstico bem como terapêutica adequada, de forma a que se estabeleça um melhor prognóstico funcional para o doente com AVC. Assim, consegue-se reduzir o impacto a nível social e a nível económico relativamente aos elevados custos que se fazem sentir perante este diagnóstico clínico, quer no seu tratamento, quer nas sequelas que ele acarreta.

4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Iniciado o estágio no serviço de Medicina II da ULSBA a 6 de Novembro de 2017, tornou-se pertinente solicitar ao serviço de codificação dados anteriores de internamento dos doentes com AVC isquémicos, que me permitissem posteriormente comparar com os dados por mim trabalhados.

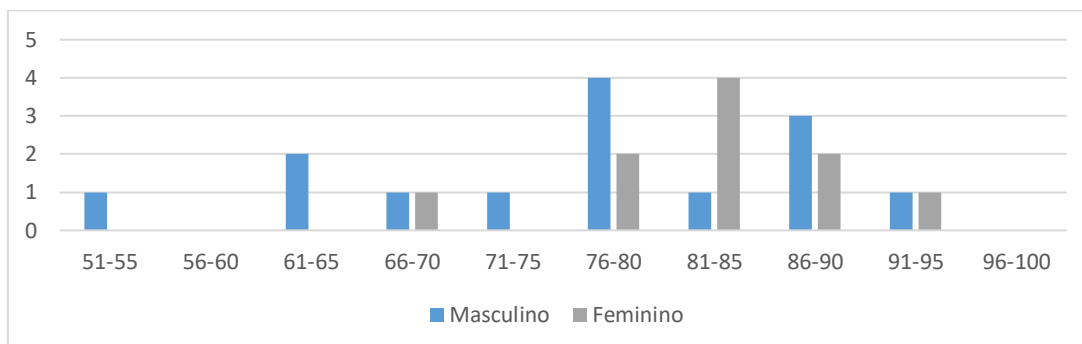
Desta forma, solicitei que me fossem facultadas informações acerca da faixa etária dos doentes internados, bem como género dos mesmos com os respetivos dias de internamento num período entre Novembro de 2016 e Fevereiro de 2017 (Tabela I) (onde não houve intervenção do EEER) uma vez que irei realizar colheita de dados em igual período do ano seguinte, Novembro de 2017 e Fevereiro de 2018 (com intervenção do EEER).

Tabela n.º 1: Distribuição dos doentes com AVC isquémico no Serviço de Medicina II por Sexo e Faixa Etária

Classe de Idades	Masculino	Feminino
51-55	1	0
56-60	0	0
61-65	2	0
66-70	1	1
71-75	1	0
76-80	4	2
81-85	1	4
86-90	3	2
91-95	1	1
96-100	0	0
Total	14	10

Fonte: Serviço de Codificação da ULSBA (2018)

Gráfico n.º 1: Distribuição dos doentes com AVC isquémico no Serviço de Medicina II por Sexo e Faixa Etária



Fonte: Serviço de Codificação da ULSBA (2018)

De acordo com os dados demonstrados no gráfico n.º 1 também a predominância do AVC isquémico ocorre a partir dos 65 anos e no sexo Masculino, indo de encontro aos dados nacionais.

Resumido, tal como mostra a Tabela n.º 2, no período de Novembro de 2016 e Fevereiro de 2017 foram internados no serviço de medicina II, 24 doentes com AVC Isquémico, 14 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A média de idades de todos os doentes foi de 79 anos sendo que o sexo masculino teve uma média de idades inferior (76 anos) ao sexo feminino (82 anos). Nos homens houve um mínimo de idades de 53 anos e nas mulheres de 69 anos. O máximo de idade nos homens foi de 95 anos tal como nas mulheres. A média de dias de internamento foi de 7,9 dias sendo ligeiramente superior no sexo feminino (9,7 dias) comparativamente ao sexo masculino (6,6 dias).

Tabela n.º 2: Distribuição dos doentes por sexo, idade e dias de internamento

Sexo		Idade	Dias de Internamento
Masculino	N	14	14
	Média	76,4	6,6
	Mínimo	53	2
	Máximo	95	22
Feminino	N	10	10
	Média	82	9,7
	Mínimo	69	4
	Máximo	95	20
Total	N	24	24
	Média	79	7,9
	Mínimo	53	2
	Máximo	95	22

Fonte: Serviço de Codificação da ULSBA (2017)

4.1. OBJETIVOS DO ESTUDO

Num estudo de investigação é extremamente importante a definição de objetivos. Se a definição de objetivos não for realizada corretamente corre-se o risco do trabalho desenvolvido não ser útil e/ou não resolver a problemática que conduziu à realização do mesmo. Ou seja, o objetivo de um estudo enuncia o porquê da investigação, traduz a orientação que o investigador pretende dar à sua pesquisa, desta forma, deve ser claro e preciso quando estruturado (Fortin, 2009).

Tendo por base todo o contexto real anteriormente descrito, surge a seguinte questão:

Quais os fatores modificáveis, pela área específica de intervenção do Enfermeiro de reabilitação, que influenciam a duração do internamento hospitalar de doentes com AVC isquémico?

Tendo como pano de fundo esta questão, proponho como:

Objetivos gerais:

- Determinar se a intervenção precoce dos enfermeiros de reabilitação contribui para a alteração da demora média de internamento hospitalar dos doentes com AVC isquémico.
- Comparar a evolução do nível de capacidade funcional do doente com AVC na fase aguda e no momento da alta;

4.2. MATERIAIS E MÉTODOS

Sendo minha intenção adequar a seleção do instrumento metodológico ao problema que pretendo estudar, ao objeto de pesquisa, aos objetivos delineados e a outros elementos que possam surgir durante a investigação, este capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da mesma.

4.2.1. Tipo de estudo de investigação

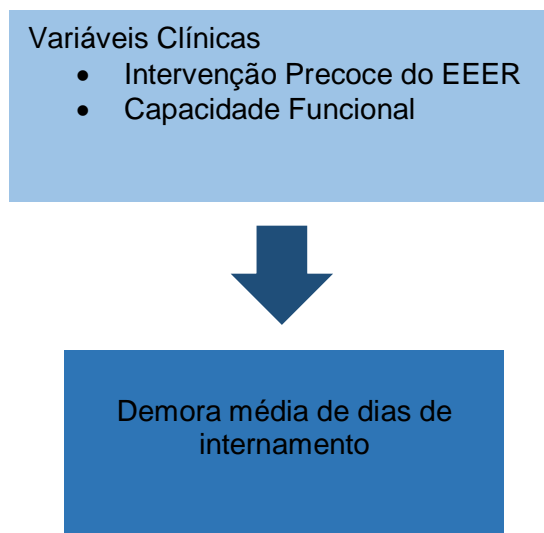
O presente trabalho trata-se de um estudo quase-experimental, na medida em que o investigador consegue medir o efeito de variáveis independentes. Neste tipo de estudo o investigador não consegue controlar as variáveis de forma sistemática nem existem grupos controlo para comparar mudanças devidas ao tratamento, não havendo distribuição aleatória dos grupos (Fortin, 2009).

4.2.2. Variáveis e sua operacionalização

Relativamente às variáveis, considero a demora média de dias de internamento como a variável dependente. Como variáveis independentes defini as variáveis clínicas (intervenção precoce do EEER, capacidade funcional do doente com AVC isquémico).

Como benefícios deste estudo, saliento a sensibilização para a necessidade de cuidados por parte dos EEER aos doentes com AVC isquémico e a relação desses cuidados com a demora média de internamento hospitalar, bem como a evolução da funcionalidade dos doentes após esses cuidados.

Figura n.º 2: Variáveis do estudo



4.2.3. População e amostra

Para que um estudo de investigação seja feito é necessário estabelecer várias etapas que permitem que o estudo seja exequível, uma delas é a determinação da população que iremos estudar.

A determinação da população e da amostra são importantes para um melhor conhecimento dos sujeitos por forma a poder generalizar resultados caso seja necessário. Segundo Fortin (2009:373) a população é o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação.”

No presente estudo, a população estudada, refere-se ao todos os doentes internados no serviço de Medicina II (espaço físico) da ULSBA, com o diagnóstico clínico de AVC isquémico no período de 10 de Novembro de 2017 a 28 de Fevereiro de 2018. Recorrendo assim ao processo de amostragem não probabilística do tipo acidental, ou seja, segundo Fortin (2009), os indivíduos vão sendo incluídos no estudo à medida que vão surgindo no local onde o mesmo está a ser realizado.

Para este estudo exclui os doentes que faleceram durante o internamento.

4.2.4. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados será realizada com recurso a um instrumento de colheita de dados sob a forma de formulário (Apêndice I) direcionado aos doentes, salientando-se aspetos como o anonimato e a confidencialidade dos dados.

O instrumento de recolha de dados aplicado é constituído por três secções: a primeira secção é constituída por questões tendo em vista à caracterização da amostra relativamente à idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, profissão, tipo de paresia, dia de internamento, dia da alta e destino após alta; a segunda secção é constituída por uma escala que avalia a capacidade funcional física e motora aferida e validada para a população portuguesa, o Índice de Barthel, avaliação da força muscular através da escala de *Lower* e avaliação do tónus muscular através da Escala *Ashworth* modificada.

Índice de Barthel

Um dos instrumentos utilizados para avaliação da capacidade funcional para a realização das AVD é o Índice de Barthel (Apêndice I) (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Na versão original de Mahoney & Barthel (1965) a pontuação da escala varia de 0-100, em que a pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as AVD e a máxima de 100 equivale à independência total para AVD avaliadas.

No entanto, o Índice de Barthel para além das informações que nos fornece através das pontuações totais, também fornece informações relevantes a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, permitindo, desta forma, avaliar quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo *et al.*, 2007).

Para o presente estudo utilizei a versão original do Índice de Barthel onde cada item apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência. A maioria dos itens são cotados até ao máximo de 10 pontos, 0 representa incapacidade, 5 requer alguma ajuda e 10 completamente independente. Nos itens cotados com um máximo de 5 pontos, 0 corresponde à incapacidade ou alguma ajuda para realizar a tarefa e 5 completamente independente. Nos dois itens que apresentam uma cotação máxima de 15 pontos, 0 representa incapacidade, 5 ou 10 pontos quando requer alguma ajuda e 15 pontos para completamente independente (Mahoney & Barthel, 1965).

No sentido de facilitar a interpretação da escala, vários autores têm proposto a subdivisão dos scores total em diferentes categorias (habitualmente quatro ou cinco), no âmbito da prática clínica, parece consensual que a proposta de Granger e colaboradores, citado por Sulter, Steen & Keyser (1999) tem sido a mais utilizada em que a soma dos pontos obtidos em cada item, classifica o nível de independência em:

- **0-20 pontos – dependência total;**
- **≥20 e ≤ 40 pontos – dependência grave;**

- **>40 e ≤60 pontos – dependência moderada;**
- **> 60 pontos – dependência leve;**
- **100 – Independência**

Quanto menor o score obtido maior o grau de dependência.

Em todo o processo de tratamento e acompanhamento de um doente que sofre um AVC, o enfermeiro deve ser capaz de orientar quanto à realização de exercícios passivos nos membros afetados, exercícios ativos nos membros não afetados, proporcionar mobilização progressiva e apoiar as extremidades para evitar ou reduzir o edema e a espasticidade. Exercícios de flexibilidade, força, coordenação, resistência e equilíbrio também são importantes, pois mantém a mobilidade articular, recuperam o controlo motor, evitam a deterioração adicional do sistema neuromuscular e estimulam a circulação (OMS, 2007).

Num serviço de medicina Fernandes e Santos (2010) desenvolveram um estudo realizado a doentes internados submetidos a um programa de reabilitação. Neste estudo, foi avaliada a evolução motora e funcional de doentes com AVC nos primeiros três meses após a alta-hospitalar e comprovou-se haver melhorias significativas na independência funcional com base no Índice de Barthel.

Em 2012 Ricardo (2012) realizou um estudo que envolveu 219 doentes internados numa unidade de AVC onde se pretendeu analisar a evolução do grau de dependência através do Índice de Barthel, concluindo-se que, desde a admissão até à consulta, verificou que houve uma evolução significativa no que diz respeito à independência funcional do doente.

Escala de Lower

Quando ocorre um AVC pode existir alteração da força muscular de um grupo restrito de músculos ou de vários grupos, desta forma, podemos caracterizar esta diminuição da força como hemiparesia ou hemiplegia. Assim, é extremamente importante que o EEER perante um indivíduo com alteração da força muscular faça uma avaliação correta da mesma e trabalhe com o indivíduo com o intuito de que este adquira um maior grau de independência possível (Branco & Santos, 2010).

Existe vários instrumentos para a avaliação do grau de força muscular, no entanto um dos mais utilizado é a Escala de Lower. Para a avaliação desta escala, o EEER utiliza a sua própria força e resistência, traduzindo numa fração o resultado em que o numerador corresponde à atuação do doente e o denominador à do enfermeiro. Assim, a escala de Lower interpreta-se da seguinte forma:

0/5 - Sem contração muscular e sem movimento;

1/5 - Contração palpável e/ou visível sem movimento;

- 2/5 - Movimento das extremidades, no entanto não vence a resistência;
- 3/5 - Movimento completo, no entanto vence a gravidade sem vencer a resistência;
- 4/5 - Movimento completo contra a resistência moderada e contra a gravidade;
- 5/5 - Movimento normal contra a resistência e contra a gravidade (Branco & Santos, 2010)

Quando se procede a uma avaliação deste género, há que avaliar o hemicorpo direito e esquerdo para comparar um lado com o outro, iniciando-se dos segmentos distais para os proximais (Menoita, 2012).

Escala *Ashworth* modificada

A avaliação do tônus muscular é realizada através da Escala *Ashworth* modificada. O tônus muscular é um reflexo propriocetivo que tem como objetivo manter a postura corporal, correspondendo à contração moderada e permanente do músculo-esquelético com enervação normal.

A espasticidade deve avaliar-se em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais, também bilateralmente e dos segmentos distais para os proximais.

A Escala *Ashworth* modificada é uma escala ordinal que varia:

- 0 - Nenhum aumento no tônus muscular;
- 1 - Leve aumento do tônus muscular, havendo uma breve tensão no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão;
- 1+ - Leve aumento do tônus muscular, havendo uma tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento restante;
- 2 - Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento embora a região seja mobilizada facilmente;
- 3 - Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo já se torna difícil;
- 4 - Zona afetada rígida quer em extensão quer em flexão (Menoita, 2012).

4.2.5. Procedimentos

A intervenção do EEER foi realizada com a colaboração do meu colega também com a especialidade de reabilitação, uma vez que era incomportável, com as 40 horas semanais que tenho que cumprir semanalmente no meu local de trabalho, conseguir trabalhar com a mesma intensidade com todos os doentes internados.

Trabalhou-se com os doentes pelo menos cinco dias na semana, incluindo fins de semana, num horário compreendido entre as 8 e as 20h, tendo por base um Programa de reabilitação *standard* previamente estabelecido (Apêndice II).

4.2.6. Questões éticas

Segundo Fortin (2009), quando se realiza uma investigação no âmbito da saúde logo desde o início do desenvolvimento do estudo as considerações éticas devem estar presentes.

De acordo com a Comissão Europeia de Investigação Comunitária (2005:12) “Os investigadores devem aderir às práticas éticas e aos princípios éticos fundamentais reconhecidos e adequados à(s) sua(s) disciplina(s), bem como às normas éticas documentadas nos diferentes códigos de ética nacionais, sectoriais ou institucionais.”

Especificamente na área de enfermagem, segundo o Regulamento n.º 338/2017 de 23 de junho de 2017, pelo n.º 1 do artigo 106º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre toda a matéria pelo qual tem conhecimento durante o exercício da sua profissão inclusive no caso de situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados, não se extinguindo com a morte do alvo dos cuidados nem com a cessação do exercício profissional (Ministério da Saúde, 2017b).

Desta forma, desenvolvi o estudo tendo por base os procedimentos ético-legais necessários para a realização do mesmo, e no qual se inclui:

- Pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição hospitalar onde decorreu a recolha de dados (Apêndice III);
- Pedido de parecer ao Conselho de Ética da instituição (Anexo II);
- Compromisso de assegurar a confidencialidade dos procedimentos inerentes à recolha e análise dos dados através da elaboração de um consentimento informado (Anexo III).

Aquando a implementação do projeto, foi realizada a entrega deste documento tendo sido fornecidas as seguintes informações aos utentes/família:

- Autor do projeto de estágio;
- Temática e finalidade do projeto de estágio;
- Garantia da confidencialidade dos dados obtidos;
- Benefícios e riscos da implementação do projeto;
- Direito de interromper a colheita de dados a qualquer altura da implementação do mesmo por vontade do utente/família;
- Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas sempre que surjam durante a implementação do projeto;

Durante a implementação do projeto de intervenção profissional (sem exceção) foi realizada uma breve apresentação do projeto aos doentes e/ou família, obtendo o consentimento informado quer do doente, quer dos representantes legais dos mesmos nas situações em que o utente não se encontrava consciente.

4.3. PLANEAMENTO

Como já foi referido anteriormente, a reabilitação envolve um conjunto de procedimentos que têm como principal objetivo o restabelecimento da máxima função perdida pelo doente após ter sofrido um AVC, visando restabelecer a máxima funcionalidade do mesmo. Desta forma, o plano de reabilitação deve ser intensivo, envolvendo um trabalho multidisciplinar.

Segundo Glinsky, Harvey & Van Es (2007) o programa de reabilitação deve seguir várias fases. Inicialmente envolver exercícios para controlo dos movimentos do tronco, do ombro e da cintura pélvica, seguindo-se os membros afetados com movimentos passivos, ativos-assistidos e ativos, por esta ordem. Só posteriormente, numa fase em que o doente esteja mais estabilizado se deverá prosseguir para exercícios de fortalecimento muscular com movimentos resistidos.

No que respeita à obtenção de ganhos com a reabilitação após AVC, estudos mostram que o treino direcionado para AVD, é o que melhor permite obter ganhos mais relevantes demonstrando substanciais aumentos na funcionalidade, até um ano após, sendo, segundo Huijben-Schoenmakers, Gamel & Hafsteinsdóttir (2009) um bom indicador da reabilitação a médio prazo, ao longo desse primeiro ano.

Precocemente o enfermeiro de reabilitação deve incidir na reabilitação funcional com mobilizações, treino de equilíbrio, correção postural, treino de marcha, fortalecimento muscular, cinesiterapia e treino de AVD (Outpatient Service Trialists, 2009).

A sequência dos exercícios deve ser progressiva, rodar, sentar, ficar de pé, andar, assim como o estímulo da realização das AVD, como vestir, despir, alimentar, cuidar da sua higiene, de modo a que se torne o mais independente possível.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011), é fundamental incluir nos programas de reabilitação o treino dos autocuidados, oferecendo ao doente a oportunidade de obter a máxima independência funcional possível, através do treino das capacidades que ainda possui e/ou através da utilização de estratégias/dispositivos adaptativos.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para o tratamento dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows na versão 19.0.

Tratando-se de um estudo de apenas três meses, a amostra é pequena, desta forma, utilizou-se uma estatística paramétrica, para comparar se existe diferença na média de internamento em igual período do ano anterior e o ano corrente, foi utilizado o teste *t-Student* para amostras independentes, uma vez que pretendo comparar a diferença de médias de dois grupos definidos previamente (média de internamento num grupo sem intervenção do EEER e média de internamento num grupo em que houve intervenção do EEER). Apesar da amostra ser pequena ($n=10$), este é o teste que mais evidencia os resultados da investigação.

Relativamente à melhoria da capacidade funcional do doente após a intervenção do EEER, foi feita a comparação do valor do índice de *Barthel* nas 24h de internamento com o valor da alta; tratando-se de uma amostra emparelhada o teste mais adequado foi também o teste *t-Student*, ou seja, este teste avalia a diferença entre o pré e o pós intervenção do EEER numa mesma amostra com distribuição simétrica.

Em toda a análise estatística assumiu-se um valor de significância de $p \leq 0,05$ para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO

A Medicina Interna é a especialidade médica que tem como objetivo a avaliação e compreensão do doente como um todo, estudando as interações entre os vários órgãos e sistemas.

Até final 1º Trimestre de 2017 a Medicina Interna tinha dois serviços de internamento, Medicina I (3º piso) e Medicina II (4º piso), com dois Diretores Clínicos e dois Chefes de Enfermagem, ou seja, com funcionamento distinto. No entanto, a partir de 1 de Março de 2017 de acordo com a Nota de Serviço n.º 9 da ULSBA estes dois serviços foram agrupados passando apenas a ter um Diretor Clínico mantendo-se os dois Chefes de Enfermagem.

O Serviço de Medicina II tem como principal objetivo prestar cuidados globais e individualizados a doentes adultos do foro médico, na área de influência do Hospital.

5.1.1. Recursos físicos

Do ponto de vista físico, o serviço de medicina II localiza-se no 4º piso, ala direita, do HJJF sendo composto por:

- *Hall* de entrada;
- Um gabinete para o enfermeiro chefe;
- Um gabinete para a equipa de enfermagem;
- Uma copa;
- Uma sala de trabalho de enfermagem;
- Um balcão administrativo;
- Uma sala de pausa para os profissionais de saúde;
- Três casas de banho, uma para os profissionais e duas para os doentes;
- Duas zonas de duche para os doentes;
- Um armazém avançado de material clínico;
- Uma sala para lavagem e desinfeção de materiais;
- Um gabinete médico;
- Um armazém para dispositivos médicos;
- Três enfermarias de seis camas;
- Três enfermarias de três camas;
- Dois quartos de isolamento, um com duas camas e outro apenas com uma, ambos com casa de banho privativa;
- Um armário com soros;
- Um armário com material hoteleiro e de reabilitação;
- Um armário com roupa.

5.1.2. Recursos materiais e equipamentos

Relativamente aos materiais de equipamentos clínicos, o serviço de Medicina II dispõe de:

- Um carro de emergência;
- Quatro Monitores cardíacos;
- Oito Bombas de alimentação entérica;
- Seis Bombas infusoras;
- Cinco Seringas infusoras B-braun;

- Seis Monitores de tensão arterial;
- Um oxímetro portátil;
- Um aspirador de secreções portátil;
- Dois Ventiladores Não Invasivos;
- Rampas de ar comprimido, de oxigénio e de vácuo em todas as unidades dos doentes;
- Um pequeno stock de medicamentos para utilizar em caso de urgência e quando a farmácia está fechada, uma vez que o sistema de fornecimento de medicação é por unidose.
- Quatro Colchões de pressão alternada;
- Um carro de material de penso;
- Duas cadeiras de banho;
- Uma maca;
- Dois andarilhos;
- Um tripé;
- Um disco de transferência;
- Um cinto de transferência;
- Um *Transfer* de doentes;
- Uma tábua de transferência;
- Um bastão para aberturas costais durante a reeducação funcional respiratória;
- Uma banda elástica de compressão média para fortalecimento muscular e aberturas costais;
- Dois cofres, um para armazenamento de benzodiazepinas e outro para estupefacientes;
- Os restantes materiais utilizados para a prestação de cuidados encontram-se nos armários supracitados.

5.1.3. Recursos humanos

O serviço dispõe de 21 enfermeiros, dos quais um é o enfermeiro chefe, dois são enfermeiros Especialistas em Reabilitação (um dos quais substitui o chefe na sua ausência) e um é Especialista em Saúde Comunitária; 14 assistentes operacionais e um assistente administrativo, para além de uma equipa médica formada por Diretor Clínico, médicos assistentes e médicos internos de especialidade e funcionários dos serviços de higiene e

limpeza.

Os enfermeiros estão distribuídos pelos turnos da manhã, tarde e noite da seguinte forma: cinco/seis enfermeiros no turno da manhã, três enfermeiros no turno da tarde e dois enfermeiros no turno da noite. No que respeita aos assistentes operacionais estes encontram-se divididos em número de quatro no turno da manhã, havendo ainda um elemento extra durante a semana que não presta cuidados diretos aos doentes, dois no turno da tarde e um no turno da noite.

5.2. EVIDÊNCIA DA IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA AUTONOMIA DO DOENTE PÓS AVC ISQUÉMICO

A despesas em saúde não podem ser separadas dos ganhos em saúde e os hospitais, mesmo que muitas vezes sejam considerados estruturas consumidoras de grande parte dos recursos, têm uma importância crucial no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Desta forma, há que haver um investimento nos hospitais por forma a maximizar os ganhos em saúde, garantindo simultaneamente que os serviços sejam capazes de satisfazer as necessidades dos doentes (Escoval, Fernandes, Santos & Matos, 2010). É desta forma, que a ER constitui-se como uma área de intervenção clínica reconhecida, dando respostas às necessidades reais da população contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática.

O EEER, baseado nos problemas reais e potenciais da pessoa, concebe, implementa e monitoriza planos de ER diferenciados de modo a maximizar o seu potencial, promovendo a saúde e prevenindo complicações secundárias (OE, 2010).

No entanto, não só a diminuição dos dias de internamento e a diminuição dos gastos é importante, ou seja, tal como foi referido anteriormente, também os ganhos em saúde e o retorno do doente ao seu lar com o maior grau de autonomia possível, têm uma importância crucial. Ser portador de incapacidade física compromete não só o próprio indivíduo como também os familiares/cuidadores que lhe são mais próximos.

Neste sentido, a enfermagem tem um papel fundamental logo desde o primeiro dia de internamento até ao momento da alta, evitando e controlando situações que possam suceder. As principais consequências de um AVC relacionam-se com a mobilidade. De um modo geral, os estudos que abordaram a incapacidade funcional apontam que a principal consequência para o doente é necessitar de ajuda para as AVD como alimentação, higiene pessoal, locomoção e mobilização em geral. A capacidade funcional, refere-se à autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do seu quotidiano de vida e lhe garantem a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário.

Em 2012, Marques através de um estudo que envolveu 60 doentes, internados no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, demonstrou que a capacidade funcional dos doentes aumentou desde o momento da entrada à alta através da aplicação de programas de reabilitação. Este estudo teve como objetivo identificar níveis de independência funcional do doente após o AVC bem como a sua correlação com as variáveis sociodemográficas e clínicas, comparando a independência funcional da admissão com a alta, manifestando que o EEER exerce um papel fulcral na independência funcional do doente.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente trabalho de projeto inclui uma amostra de 10 doentes internados no serviço de medicina II (espaço físico) da ULSBA, codificados com o diagnóstico clínico de AVC isquémico (excluídos os doentes que faleceram durante o internamento), durante o período de 10 de Novembro de 2017 a 28 de Fevereiro de 2018. Durante o período anteriormente citado, do 10 doentes presentes na amostra, 6 eram do sexo masculino e 4 eram do sexo feminino. A média de idades de todos os doentes foi de 74,4 anos, não havendo diferença significativa de idades entre o sexo masculino e o feminino. Nos homens tivemos um mínimo de idade de 36 anos e nas mulheres 57 anos. O máximo de idade nos homens tivemos um máximo de 89 anos e contra 88 nas mulheres. Relativamente à média de internamento foi de 5,4 dias sendo ligeiramente superior no sexo feminino, 7,3 dias, comparativamente ao sexo masculino que foi de 4,2 dias (Tabela n.º 3).

Tabela n.º 3: Distribuição da amostra por sexo, idade e dias de internamento

Sexo		Idade	Dias de Internamento
Masculino	n	6	6
	Média	74,2	4,2
	Mínimo	36	3
	Máximo	89	7
Feminino	n	4	4
	Média	74,8	7,3
	Mínimo	57	7
	Máximo	88	10
Total	n	10	10
	Média	74,4	5,4
	Mínimo	36	3
	Máximo	89	10

Relativamente ao estado civil, verificou-se que cerca de 50% ($n=5$) eram casados e 30% eram viúvos ($n=3$) contra 10% ($n=1$) que viviam em união de facto e 10% solteiros ($n=1$) (Tabela n.º 4).

Tabela n.º 4: Estado Civil

	<i>n</i>	%
Casado	5	50
Solteiro	1	10
Viúvo	3	30
União de facto	1	10

No que diz respeito à escolaridade verificou-se que cerca de 50% ($n=5$) dos doentes não tinham escolaridade e que 30% ($n=3$) tinham concluído o 1ª ciclo, apenas 10% ($n=1$) tinha frequentado o ensino secundário.

Tabela n.º 5: Escolaridade

	<i>n</i>	%
Sem escolaridade	5	50
1º Ciclo	3	30
2º Ciclo	1	10
Ensino Secundário	1	10

Quanto à situação profissional constatou-se que a maior parte dos doentes estava reformado, cerca de 80% ($n=8$).

Tabela n.º 6: Situação Profissional

	<i>n</i>	%
Reformados	8	80
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio		
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e Pescas	1	10
Outros	1	10

Indo ao encontro dos objetivos estabelecidos para o presente estudo, houve necessidade de verificar se a intervenção do EEER na autonomia do doente com AVC foi relevante ou não. Desta forma, tal como foi referido anteriormente, utilizou-se o instrumento Índice de *Barthel* nas primeiras 24h de internamento e no momento da alta, de forma a poder avaliar os ganhos obtidos ao longo do internamento.

Assim, utilizou-se o teste paramétrico *T student* para amostras emparelhadas; foram testados os pressupostos de realização do *test-t* relativos à normalidade das distribuições através do teste *Shapiro-Wilk* permitindo concluir que os resultados obtidos relativamente ao Índice da *Barthel* no momento do internamento ($w_{(10)} = 0,916$; $p = 0,321$) e no momento da alta

($w_{(10)} = 0,846$; $p = 0,052$) permitem observar uma aproximação das amostras à distribuição normal.

Posteriormente foi testada a diferença do índice de dependência médio no momento da admissão ($M=28$; $d.p.=22,51$) e no momento da alta ($M=75$; $dp=26,25$). O resultado ($t_{(9)} = -9,485$; $p=0,000$) permite concluir que existe diferença estatisticamente significativa entre as amostras.

Realizando neste momento a comparação da amostra onde houve intervenção do EEER com o grupo do ano anterior onde não houve intervenção do EEER, posso constatar que houve uma significativa redução dos dias de internamento ($t=6,6$; $p= 0,000$). Os doentes internados no serviço de medicina II, no período de 10 de Novembro de 2016 a 28 de Fevereiro de 2017, onde não houve uma intervenção precoce do EEER a média de dias de internamento foi de 7,9 dias enquanto que nos doentes da amostra internados em igual período do ano seguinte a média de internamento foi de 5,4 dias.

Desta forma, posso concluir que foi bastante benéfica a intervenção do EEER que contribuiu para a redução dos dias de internamento hospitalar com a consequente redução dos custos hospitalares, segundo a Portaria n.º 207/2017 de 11 de Julho de 2017, o AVC representa uma diária de internamento calculada em 701,15 euros (Ministério da Saúde, 2017a).

No entanto, há que referir que apesar de se ter conseguido diminuir o número de dias de internamento, os dados analisados apenas podem ser generalizados para esta amostra uma vez que os doentes não são os mesmo que os do ano anterior. Existem variáveis que podem alterar os resultados como por exemplo: o potencial de reabilitação dos doentes, as idades, a pluripatologia dos doentes mais idosos bem como a morosidade da transferência dos doentes para outras instituições.

A intervenção precoce do EEER junto do doente que sofreu AVC tem como objetivo a promoção da independência no autocuidado traduzindo-se em ganhos na capacidade funcional, no cumprimento das AVD e na melhoria da perceção da qualidade de vida. Ao trabalhar diretamente com o doente e família diariamente, o EEER garante a manutenção e a maximização das potencialidades conquistadas.

Ao intervir precocemente na reabilitação do doente com AVC, o EEER propicia não só a autonomia em contexto hospitalar, mas também proporciona a continuidade dos cuidados em contexto domiciliário; através do desenvolvimento do aumento da força muscular bem como da melhoria da amplitude articular, melhoria do equilíbrio e capacidade de marcha, proporciona a máxima autonomia do doente (Vigia, Ferreira & Sousa, 2017).

Com o aumento da esperança média de vida e a consequente prevalência de doenças crónicas, existe um crescente aumento de pessoas com limitações emocionais, físicas e

cognitivas. Desta forma, e extremamente importante que exista uma intervenção da ER independentemente da idade, de forma a que as pessoas não percam a independência nas atividades nos autocuidados. O conhecimento do grau de dependência das pessoas em cada autocuidado, permite a implementação de cuidados individualizados e implementar intervenções objetivas e adequadas às necessidades. Partindo do princípio que o autocuidado é fundamental na vida de qualquer pessoa, é uma situação que merece particular atenção dos enfermeiros (Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014).

Assim, com base nos dados obtidos, pode-se concluir que a intervenção do EEER constitui-se como uma mais valia para a minimização da dependência do doente com AVC isquémico no serviço de medicina II. A reabilitação precoce permite a diminuição dos défices e aumento da funcionalidade dos doentes, maximizando a qualidade de vida dos mesmos e promovendo a sua integração na sociedade.

6.1. INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO DO EEER NA AUTONOMIA DO DOENTE COM AVC

Sendo um dos objetivos principais do EEER capacitar a pessoa doente por forma a alcançar um elevado grau de funcionalidade no que diz respeito aos autocuidados e estando treino destes subjacente às intervenções autónomas de enfermagem, deliberou-se analisar a evolução diagnóstica decorrente da intervenção do EEER nos autocuidados do doente com AVC segundo o Índice de *Barthel*.

Quando analisado o autocuidado alimentação na admissão e na alta verifica-se que 3 doentes eram dependentes, 5 doentes precisavam de alguma ajuda para alimentarem-se e 2 eram independentes. Na alta, não existiam doentes dependentes, 2 ainda precisavam de ajuda e 8 eram totalmente independentes.

Verifica-se uma evolução positiva da dependência neste autocuidado uma vez que na admissão 80% dos doentes (n=8) tinham algum comprometimento a nível da alimentação e na alta a maior percentagem de doentes era autónomo (80%), tal como se pode verificar no Quadro n.º 10.

Quadro n.º 10: Autocuidado: Alimentação

	Internamento	Alta
Dependente	3	0
Precisa de alguma ajuda (por exemplo cortar alguns alimentos)	5	2
Independente	2	8

Analisando o autocuidado transferir-se 3 doentes estavam dependentes não

apresentando equilíbrio sentado, 3 doentes necessitavam de ajuda de outra pessoa, no entanto não se conseguiam sentar, 4 doentes precisavam de alguma ajuda e não haviam doentes independentes. Na alta não haviam doentes completamente dependentes, no entanto existiam 4 doentes que precisavam de alguma ajuda e 6 eram independentes.

Na transferência, a dependência que tinha maior percentagem no internamento era a que precisava de alguma ajuda com 40% (n=4) doentes contra zero doentes independentes, no entanto na alta pode verificar-se, tal como mostra o Quadro n.º 11, que cerca de 60% (n=6) dos doentes são independentes, havendo melhoria significativa neste autocuidado.

Quadro n.º 11: Autocuidado Transferir-se

	Internamento	Alta
Dependente, não tem equilíbrio sentado	3	0
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	3	0
Precisa de alguma ajuda	4	4
Independente	0	6

Ao analisar a Toalete, pode-se observar que no momento do internamento 8 doentes estavam dependentes, necessitando de alguma ajuda e 2 doentes eram independentes relativamente a fazer a barba, lavar a cara e lavar os dentes. Na alta, todos os doentes da amostra eram independentes.

Na Toalete, no início do internamento 80% (n=8) dos doentes apresentavam dependência e 20% eram independentes, no entanto na alta pode verificar-se, tal como mostra o Quadro n.º 12, que houve melhoria significativa neste autocuidado uma vez que não houve nenhum doente dependente no momento da alta, ou seja 100% (n=10) da amostra foi independente a fazer a barba, lavar a cara e lavar os dentes.

Quadro n.º 12: Toalete

	Internamento	Alta
Dependente, necessita de alguma ajuda	8	0
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	2	10

Observando agora os dados relativamente à Utilização do WC, verifica-se que inicialmente 5 doentes eram dependentes, 4 precisavam de ajuda e apenas 1 doentes era autónomo. Na alta 1 doentes era totalmente dependente, 1 precisava de alguma ajuda e 8 eram independentes.

Verifica-se uma evolução significativa relativamente à Utilização do WC, uma vez que inicialmente cerca de 50% da amostra (n=5) encontrava-se dependente, 40% (n=4) necessitava de alguma ajuda para utilizar o WC e apenas 10% (n=1) era independente, no

entanto na alta, as percentagens inverteram-se e cerca de 80% (n=8) dos doentes apresentava um grau de autonomia superior, sendo independentes na utilização do WC (Quadro n.º 13)

Quadro n.º 13: Utilização do WC

	Internamento	Alta
Dependente	5	1
Precisa de alguma ajuda	4	1
Independente	1	8

Quando analisado o Banho na admissão e na alta verifica-se que à entrada nenhum doente era independente, e na alta verifica-se que 5 dos doentes da amostra evoluiu para a independência.

Verificou-se uma evolução positiva, sendo que na admissão 100% (10) dos doentes era dependente e no momento da alta 50% (n=5) era independente (Quadro n.º 14).

Quadro n.º 14: Banho

	Internamento	Alta
Dependente, necessita de alguma ajuda	10	5
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	0	5

Analisando a Mobilidade relativamente à dependência verifica-se que 8 doentes inicialmente se encontravam imóveis, ou seja, completamente dependente, 1 doente consegue mobilizar-se em cadeira de rodas independentemente e 1 doente caminha menos de 50 metros com pouca ajuda, não havendo doentes completamente autónomos sem necessidade de supervisão para se mobilizarem. No momento da alta, apenas 1 doente permanecia dependente não se conseguindo mobilizar autonomamente, 1 doente caminha com pouca ajuda e 8 doentes caminham sem ajuda ou supervisão.

Verifica-se uma evolução bastante positiva a nível da Mobilidade uma vez que inicialmente os doentes internados, cerca de 80% (n=8) encontrava-se dependente e no momento da alta esta percentagem passou a pertencer a doentes autónomos, permanecendo apenas 10% (n=1) dependente tal como mostra o Quadro n.º 15.

Quadro n.º 15: Mobilidade

	Internamento	Alta
Imóvel	8	1
Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros, incluindo esquinas	1	0
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	1	1
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	0	8

Observando os dados relativamente ao Subir e Descer escadas no momento da admissão 9 doentes não conseguiam Subir e Descer Escadas indo ao encontro dos dados colhidos relativamente à mobilidade, 1 doente precisava de ajuda para executar a tarefa, não existindo doentes capaz de a realizar autonomamente. No momento da alta, 2 doentes mantêm o grau de dependência, 6 precisam de ajuda e 2 são autónomos na execução da tarefa.

Constatou-se a também nesta tarefa ocorreu uma evolução favorável, uma vez que apenas 20% (n=2) continua dependente, os restantes 80% (n=8) com ajuda (60%; n=6) ou independentemente (20%; n=2) conseguem Subir ou Descer Escadas (Quadro n.º 16).

Quadro n.º 16: Subir e Descer Escadas

	Internamento	Alta
Dependente	9	2
Precisa de ajuda	1	6
Independente, com ou sem ajudas técnicas	0	2

No autocuidado vestir-se pode-se verificar que inicialmente, primeiras 24h, 6 doentes não conseguiam vestir-se autonomamente e 4 doentes necessitavam de algum tipo de ajuda para executar o autocuidado. Na alta verificou-se que 2 doentes continuavam a não conseguir vestir-se autonomamente, 4 doentes executavam a tarefa com ajuda e outros 4 estavam independentes no autocuidado.

Analisando os dados concretamente existe uma evolução positiva uma vez que dos 60% (n=6) dos doentes que inicialmente não conseguiam vestir-se sozinhos apenas 20% (n=2) manteve o grau de dependência, os restantes doentes (80%; n=8), 40% (n=4) vestia-se com ajuda e os outros 40% (n=4) eram autónomos (Quadro n.º 17).

Quadro n.º 17: Autocuidado Vestir

	Internamento	Alta
Impossível	6	2
Com ajuda	4	4
Independente	0	4

A nível do controlo intestinal e urinário, quando admitidos, 4 doentes encontravam-se incontinentes quer a nível intestinal que urinário, 2 doentes tinham apenas acidentes ocasionais, no máximo uma vez por semana, e 4 doentes controlavam perfeitamente os esfíncteres. Na alta pode a nível intestinal, 2 doentes mantinham a incontinência contra 1 doente que tinha apenas um acidente ocasional e 7 doentes completamente continentemente. A nível urinário, 3 doentes mantinha a incontinência, 2 doentes apresentavam perda de urina pelo menos uma vez por semana e 5 eram completamente independentes.

Verificou-se que apesar de existir evolução favorável a nível do controlo de esfíncteres, a nível intestinal 20% (n=2) mantinha a incontinência enquanto 70% (n=7) conseguia controlar perfeitamente o intestino. Do ponto de vista urinário houve menos evolução, 30% (n=3) dos doentes manteve a incontinência e 50% (n=5) estavam perfeitamente autónomos.

No entanto pode considerar-se quer a nível intestinal quer urinário houve melhoria significativa tal como mostram os Quadros n.º 18 e 19.

Quadro n.º 18: Controlo Intestinal

	Internamento	Alta
Incontinente ou precisa do uso de clisteres	4	2
Acidente ocasional	2	1
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similares	4	7

Quadro n.º 19: Controlo Urinário

	Internamento	Alta
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	4	3
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	2	2
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	4	5

Em suma, analisando todos os itens do Índice de *Barthel* avaliados, verificou-se que em todos eles foram obtidos resultados significativos relativamente à dependência.

O EEER ao trabalhar com os doentes com o objetivo primordial de que estes consigam realizar os seus autocuidados com o máximo de independência possível por forma a atingir o máximo de independência funcional.

6.2. INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO DO EEER NA MELHORIA DA FORÇA MUSCULAR DO DOENTE COM AVC

Tal como foi referido anteriormente a força muscular é avaliada através da Escala de *Lower*. Através da aplicação desta escala poder-se-á depreender a importância da ER na reabilitação dos doentes, sendo avaliada solicitando-se a contração isotónica por parte do doente variando entre 0 e 5 graus como já anteriormente foi referido.

A diminuição da força muscular no hemisfério direito ou esquerdo está relacionada com a localização do AVC a nível cerebral, no entanto para o referido estudo, esta situação não foi tida em conta, optando-se apenas por verificar se houve melhoria da força muscular ou não em cada membro.

No início do internamento o membro superior apresentava um grau de força em média de 3,2/5, o membro inferior direito 3,4/5. Relativamente ao hemisfério esquerdo, a nível do membro superior o grau de força era de 4,3/5 bem como no membro inferior. Ao analisar os dados da amostra, pode-se verificar que houve melhoria significativa na melhoria da força muscular em ambos os hemisférios, quer a nível dos membros superiores quer a nível dos membros inferiores. O membro superior direito apresentava uma força média de 4/5, o membro inferior direito de 4,2/5 enquanto que o hemisfério esquerdo apresentava uma força de 4,8/5 quer no membro superior quer no inferior tal como mostra o Quadro n.º 20.

Quadro n.º 20: Escala de *Lower*

	Internamento	Alta
Membro superior direito	M=3,2 (d.p.=1,48)	M=4,00 (d.p.=1,05)
Membro inferior direito	M=3,4 (d.p.=1,26)	M=4,20 (d.p.=0,79)
Membro superior esquerdo	M=4,3 (d.p.=0,82)	M=4,80 (d.p.=0,42)
Membro inferior esquerdo	M=4,3 (d.p.=0,82)	M=4,80 (d.p.=0,42)

Relativamente à avaliação do tônus muscular através da Escala *Ashworth* modificada, não houve nenhum doente que adquirisse qualquer grau de espasticidade, o tônus muscular foi mantido desde a admissão até ao momento da alta.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com intuito de dar resposta aos objetivos propostos inicialmente, seguidamente neste capítulo proceder-se-á à discussão dos resultados tratados.

Ao analisar a média de internamento da amostra, obteve-se um valor de $M=5,4$ dias o que comparado com igual período do ano transato, $M=7,9$ dias, foi ligeiramente inferior. Ou seja, pode concluir-se que a intervenção do EEER foi benéfica para a diminuição dos dias de internamento uma vez que no ano anterior não tinha havido intervenção nenhuma por parte da ER.

Segundo a Portaria n.º 207/2017 de 11 de Julho o AVC tem uma média de internamento de 8,01 dias (Ministério da Saúde, 2017a) indo ao encontro da média hospitalar anteriormente avaliada, todavia a média de internamento da amostra conseguiu ser inferior demonstrando, desta forma, a importância da reabilitação precoce destes doentes.

Cunha (2014), num estudo que teve como objetivo principal verificar se a intervenção do EEER nos doentes com AVC isquémico interfere na demora média de internamento, concluiu que houve uma diminuição significativa da demora média de internamento hospitalar no ano de 2011 relativamente aos anos de 2009 e 2010 onde não houve intervenção do EEER.

Sobre a importância da intervenção do EEER na autonomia do doente com AVC relativamente ao autocuidado alimentação, destaca-se que houve ganhos de autonomia uma vez que dos 80% dos doentes adquiriram a autonomia na alimentação, percentagem esta que na admissão pertencia aos doentes com alguma dependência no autocuidado referido.

Analisando o autocuidado transferir-se na admissão não existiam doentes independentes, no entanto no momento da alta este grau de autonomia passou a fazer parte de 60% da amostra, demonstrando que mais uma vez que a intervenção do EEER proporcionou ganhos de saúde significativos através do ganho de autonomia.

Relativamente à higiene (Banho e Toalete), grande parte da amostra eram dependentes, no banho 100% e na toalete 80%, no entanto realça-se que no momento da alta apenas no banho existiam doentes que mantinham a dependência, apesar de em menor número do que na admissão, cerca de 50% da amostra viram o seu grau de dependência melhorar para a independência. Fazendo a deslocação para um estudo efetuado por Melo (2010) sobre o autocuidado em doentes com hemiplegia, também no banho houve ganhos na autonomia dos doentes, cerca de 41% dos participantes atingiram a independência proporcionando ganhos de autonomia em doentes dependentes em grau elevado. Observando agora os dados

relativamente à Utilização do WC, inicialmente 50% dos doentes eram dependentes, no entanto na alta 80% dos doentes eram completamente independentes. Geralmente o uso do sanitário é um dos autocuidados que mais dependência gera nos doentes, desta forma, pode considerar-se que a intervenção do EEER foi bastante significativa para a diminuição da dependência.

Grande parte dos doentes internados encontra-se com limitações a nível da mobilidade, estando dependentes de terceiros para se mobilizarem, no entanto através da reabilitação motora e do fortalecimento muscular realizado, esta situação foi colmatada. Dos 8 doentes que se encontravam dependentes apenas um não sofreu melhoria significativa, mantendo o grau de dependência. O mesmo se observa relativamente ao subir e descer escadas em que 2 doentes mantiveram a dependência enquanto os restantes doentes, 6 precisavam de ajuda e 2 eram completamente autónomos. A não melhoria mais significativa desta tarefa prende-se não só pela situação de doença aguda, mas também pelo grau de autonomia que os doentes já apresentavam antes do acontecimento clínico. Tal como revelam os dados anteriormente trabalhados, os doentes apresentam uma faixa etária elevada e com eles está a pluripatologia associada.

No autocuidado vestir-se a melhoria da autonomia esteve presente em 40% dos doentes para a independência e outros 40% necessitavam de ajuda, apenas 20% dos doentes manteve-se dependente. Esta situação de dependência deve-se à perda de capacidade para executar movimentos finos que permitem, por exemplo abotoar os botões, atar o cordão do sapato autonomamente.

Relativamente à continência quer intestinal, quer urinária, também houve melhorias significativas. A nível intestinal 20% dos doentes matinha a incontinência uma vez que já anteriormente ao AVC eram incontinentes, no entanto 70% conseguia controlar perfeitamente o intestino. Do ponto de vista urinário houve menos evolução, 30% dos doentes manteve a incontinência e 50% estavam perfeitamente autónomos.

Um estudo efetuado por Neves (2014) sobre a importância das intervenções de enfermagem na promoção da autonomia face ao autocuidado no doente com AVC, concluiu que a autonomia dos doentes nos autocuidados melhora após a intervenção dos enfermeiros, desta forma, para além da melhoria no desempenho das AVD conseguem-se ganhos a nível da capacidade funcional dos doentes e ao mesmo tempo na qualidade de vida dos mesmos.

O treino de autocuidados é bastante importante para os doentes pois ajuda-os a manter uma vida ativa, melhora a autoestima e ao mesmo tempo ajuda a proporcionar uma melhor qualidade de vida, sem que estes dependam de terceiros para a satisfação das suas necessidades básicas.

Os participantes da amostra inicialmente apresentavam um grau de dependência elevado pelo que a intervenção precoce do EEER foi bastante benéfica para a diminuição desta

independência. Grande parte dos doentes no momento da alta apresentava um grau de dependência menor que no momento da admissão. As intervenções do EEER foram eficazes na promoção da autonomia do autocuidado, proporcionando ganhos na capacidade funcional, no desempenho das AVD e consequentemente na qualidade de vida dos doentes.

Assim, com a melhoria da capacidade funcional do doente e a aumento do grau de autonomia dos mesmos existe uma diminuição dos custos hospitalares que são motivados pela dependência do doente. Doentes mais autónomos, necessitam de menos cuidados e estão menos dias internados uma vez que não necessitam de ajuda de terceiros para a satisfação das suas necessidades, o que muitas vezes dificulta a alta hospitalar pela falta de cuidadores informais.

Em suma, as intervenções do EEER realizadas aos doentes da amostra, proporcionaram ganhos significativos em autonomia, justificados pela diminuição da dependência nos autocuidados e na capacidade funcional dos mesmos. Pode-se afirmar que, os resultados expostos proporcionaram também uma diminuição significativa dos custos de internamento pois ajudaram a reduzir os dias de internamento.

7.1. LIMITAÇÕES AO ESTUDO

Como todos os estudos existem limitações subjacentes à colheita de dados, este não é exceção. Como foi referido inicialmente, o serviço de medicina II foi agregado ao serviço de medicina I, formando um único serviço, denominado medicina interna; tal facto conduziu a que os doentes internados estivessem dispersos pelos dois serviços o que dificultou o tamanho da amostra. Encontro-me a exercer funções no serviço de medicina II e desta forma, os doentes que foram internados no período de estágio no serviço de medicina I não foram contabilizados pela impossibilidade de poder trabalhar com eles.

Outro dos aspetos relevantes, foi o facto da amostra ser pequena e não ser viável trabalhar com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade) que inicialmente no projeto de estágio tinha sido planeado.

O tipo de estudo bem como os teste utilizados para o tratamento dos dados alterou relativamente ao que foi referido no projeto inicial devido a tudo o que já foi referido anteriormente.

8. O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os enfermeiros gestores têm como objetivo principal a prevenção, o tratamento e a reabilitação das pessoas que têm a seu cuidado, quer através da gestão dos cuidados de enfermagem em geral, quer através da gestão dos serviços e/ou das unidades de saúde às quais pertencem.

Na sua prática clínica o enfermeiro gestor deverá perceber o sistema de saúde bem como qual o impacto deste nos cuidados que são prestados aos utentes que dele fazem parte. Ao mesmo tempo deve planear o seu desempenho de forma a obter respostas, promovendo, concomitantemente, trabalho em equipa, tendo como base a gestão da mudança, valorizando a prestação de cuidados de enfermagem, permanecendo em contínua formação no sentido de dar respostas a novas necessidades e competências (Parreira, 2005).

Geralmente a nomeação de enfermeiros para funções de gestão de serviços de enfermagem baseia-se no recrutamento entre profissionais com experiência clínica de enfermagem e habilitações específicas na área da gestão, geralmente, pós-graduações, para as organizações de saúde.

Já há algum tempo que as competências dos enfermeiros na área da gestão vem a ser trabalhada pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança juntamente com a OE, tendo também especial atenção na mesa do colégio da Especialidade em ER conjuntamente com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, com o objetivo do reconhecimento das competências de gestão dos enfermeiros responsáveis pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde de reabilitação (Pontes & Santos, 2016).

A liderança, é uma das grandes preocupações da atualidade, sendo o processo de reabilitação único e complexo, torna-se necessário o exercício da liderança na gestão dos processos e dos resultados da sua prática, na garantia da eficiência e eficácia dos cuidados prestados pelos diferentes grupos profissionais nas organizações de saúde.

Cabe aos enfermeiros gestores, legitimarem esta premissa por forma a melhorar os ganhos em saúde, assim como, aumentar/manter a qualidade de vida da população.

8.1. Competências Adquiridas

O presente estágio teve a duração de 310 horas com término a 22 de Maio de 2018 De

acordo com a Unidade Curricular Estágio e Relatório pretendeu-se dar continuidade ao desenvolvimento de competências específicas em enfermagem avançada na área da Gestão de Unidades de Saúde.

Desta forma, no sentido de melhor organizar e estruturar os objetivos propostos na unidade curricular para promover o desenvolvimento dos mesmos, suportei-me também do Regulamento n.º 101/2015 (Ministério da Saúde, 2015b), referente ao Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor.

Os domínios da competência acrescida do Enfermeiro Gestor são a Gestão e a Assessoria de Gestão.

Realizado o enquadramento legal e situacional mais relevante, pretendeu-se atingir durante o estágio final a seguintes competências indo ao encontro dos objetivos propostos para o mesmo:

Competências do Enfermeiro Gestor no Domínio da Gestão:

A1. Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera:

- Revê o Código Deontológico dos Enfermeiros;
- Promove o interesse da equipa a rever os princípios éticos-deontológicos que regem a profissão de enfermagem;
- Participa ativamente em situações de maior complexidade ética, fundamentando o raciocínio e as decisões em princípios éticos;
- Procura colaborar com o enfermeiro Orientador na deteção de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes e na adoção de medidas que visem a sua prevenção.

Durante a realização do estágio todos os cuidados e práticas implementadas corresponderam ao processo de intervenção de cuidados direcionados ao doente com AVC isquémico, assegurando sempre que toda a informação fosse transmitida ao doente de forma esclarecedora garantindo o respeito pela opinião pessoal de cada um quando consciente, ou quando não fosse possível devido ao seu estado clínico, à sua família quando presentes.

Antes de iniciar qualquer plano de intervenção foi sempre facultado ao doente/família uma apresentação do projeto que estava a decorrer a fim de obter o consentimento informado (Apêndice V) quer do utente, quer dos representantes legais dos mesmos em todas as situações em que o utente não se encontrava consciente, mantendo-se o respeito pela preservação do segredo de identidade.

Assim, posso concluir que o tratamento da informação recolhida durante o estágio teve como base os princípios, valores e normas deontológicas.

A2. Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem:

- Promove a atualização das normas que visem a melhoria continua dos cuidados de enfermagem;
- Juntamente com o Enfermeiro Orientador tenta garantir que as normas implementadas sejam cumpridas;
- Garante que os planeamentos dos cuidados sejam individualizados e avaliados constantemente, sempre que haja necessidade;
- Gere situações imprevistas e/ou problemáticas que possam colocar em risco os cuidados de enfermagem relativamente a recursos humanos;
- Gere situações imprevistas e/ou problemáticas que possam colocar em risco os cuidados de enfermagem relativamente a recursos materiais.

Iniciei a elaboração de uma instrução de trabalho sobre a algaliação dos doentes com AVC de forma a conseguir diminuir o número de algaliações nos doentes com esta patologia. Frequentemente os doentes com AVC isquémico, numa fase aguda, fazem retenção urinária e muitas vezes são algaliados sem necessidade, estando expostos a infeções do trato urinário que podem ser evitadas. Esta instrução de trabalho será apresentada à equipa de enfermagem num contexto de formação em serviço.

Juntamente com o Enfermeiro Orientador foi feita colheita das necessidades de formação em serviço, havendo vários elementos da equipa predispostos a atualizar normas institucionais bem como à realização de novas normas sobre várias temáticas.

Sempre que o número de profissionais foi insuficiente para a prestação de cuidados, foi sempre minha intenção, com supervisão do Enfermeiro Orientador, reverter a situação mantendo o número de elementos adequado para a prestação de cuidados em todos os turnos, bem como manter os níveis de recursos materiais adequado para a prestação de cuidados.

Desta forma, apesar de ainda não ter concluído a instrução de trabalho a que me propus considero ter conseguido contribuir para uma melhor qualidade dos cuidados durante o estágio.

Juntamente com o orientador elaborei a escala mensal dos enfermeiros através do programa SISQUAL tentando colocar, em todos os turnos, o número de enfermeiros adequado para a prestação de cuidados, cumprindo o rácio correto de enfermeiro- doente. No turno da manha 6 elementos, no turno da tarde 3 elementos e no turno da noite 2 elementos.

A3. Gere a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem:

- Assegura a gestão dos recursos humanos disponíveis, otimizando a sua eficiência, eficácia e produtividade;
- Mantém um bom ambiente de trabalho, garantido a satisfação dos trabalhadores;
- Gere situações de crise, apoiando a equipa;
- Gere os recursos materiais bem como os stocks evitando rutura de materiais;
- Assegura que os materiais clínicos estejam disponíveis em tempo útil quando sejam necessários.

Sendo o segundo elemento, ou seja, substituindo o chefe na sua ausência, acabei por ter este objetivo atingido com facilidade. Tenho uma correta noção dos stocks do serviço e consegui manter, salvo rutura institucional, sempre material clínico disponível em número adequado para a prestação de cuidados, evitando ruturas e garantindo a satisfação dos trabalhadores.

A4. Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera:

- Planeia ações de formação em serviço;
- Elabora ações de formação para apresentar à equipa;
- Incentiva outros elementos a elaborarem trabalhos que sejam prioritários para a equipa;
- Colabora com as Escolas de Enfermagem nos estágios dos alunos de enfermagem.

No dia 9 de Novembro de 2017 planeei um dia de formação em contexto de trabalho onde foi realizada formação em serviço, tendo sido realizado um resumo do projeto de intervenção profissional a implementar em contexto da prática de cuidados (Apêndice IV). Foram também convidados preletores externos para a apresentação de temáticas pertinentes para os profissionais do serviço, tais como: Monitorização eletrocardiográfica, Insulinoterapia-apresentação do protocolo hospitalar e apresentação da norma n.º 001/2017 da Direção Geral da Saúde: ISBAR (I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações).

Sempre que houve necessidade houve a orientação de alunos de enfermagem em estágio, colaborando quando solicitada.

A5. Promove a investigação e a enfermagem baseada na evidência:

- Participa em projetos de investigação envolvendo a equipa;
- Envolve a equipa no tratamento dos dados relativamente à pesquisa;

- Incentiva a equipa a divulgar todos os projetos desenvolvidos

Tal como referi anteriormente encontro-me a realizar a instrução de trabalho sobre a algaliação de doentes com AVC, tendo como base projetos de investigação já realizados e a enfermagem baseada na evidência por forma a validar a instrução a instituir no serviço.

Juntamente com o Enfermeiro Orientador, foram realizados incentivos à equipa de enfermagem para a realização de trabalhos pertinentes para o serviço. No dia 14 de Fevereiro foi promovida mais uma sessão de formação em serviço onde foram apresentadas as novas *Guidelines* sobre a técnica de algaliação e também esclarecidas dúvidas sobre o programa S-clínico.

Competências do Enfermeiro Gestor no Domínio da Assessoria de Gestão:

B1. Desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde:

- Realiza estudos de custo/benefício com base na evidência relativa a cuidados de saúde

A realização do projeto de estágio contribuiu para perceber a importância do EEER na reabilitação precoce do doente com AVC isquémico de modo a tentar obter ganhos em saúde e diminuir custos hospitalares, com a diminuição dos dias de internamento destes doentes.

Apesar de se compreender que este projeto de intervenção, neste momento não apresente concretamente as características essenciais a um projeto de investigação, foi possível perceber que pode ser a base para um processo de investigação para o futuro.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros são profissionais de extrema importância na sociedade, por isso é necessário que adquiram ao longo da vida os saberes necessários para produzir a sua própria competência, com qualificações válidas. No processo do cuidar, os enfermeiros libertam energia positiva em pensamentos e sentimentos. Estes estão incumbidos de ajudar os indivíduos a encontrar as suas próprias forças, quer nos desafios do dia-a-dia quer nas adversidades que possam ameaçar a sua integridade (Gottlieb, 2016).

O objetivo da reabilitação está voltado para o restabelecimento da máxima independência possível da pessoa ou recuperação do seu nível de função pré lesão ou pré incapacidade. Desta forma, as atividades de reabilitação iniciadas na fase aguda, logo que a pessoa esteja estabilizada, têm como referência a melhoria da função e a prevenção de uma maior incapacidade devido a complicações secundárias que se possam instalar.

O sucesso no programa de reabilitação da pessoa com AVC depende de um crescimento lento, repetitivo, persistente e com rotinas repetitivas que não devem ir além das capacidades individuais de cada indivíduo (Branco & Santos, 2010).

O trabalho realizado permitiu identificar a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação na mobilização precoce do doente com AVC isquémico num serviço de medicina, para a obtenção de ganhos em saúde, uma vez que se verificou que a maioria dos doentes no momento da alta conseguiu alcançar um grau de independência superior ao do início do internamento, permitindo ao mesmo tempos diminuir os custos hospitalares através da diminuição de dias de internamento hospitalar.

O conhecimento bem como a capacidade que os doentes apreenderam sobre estratégias adaptativas para a realização do autocuidado foi eficiente e atingido devido às intervenções dos enfermeiros de reabilitação.

Os dados analisados permitem concluir que a intervenção precoce do EEER permite demonstrar ganhos em saúde, pelo que considero a existência de enfermeiros de reabilitação nos serviços de medicina uma mais valia nas equipas de enfermagem, o que até ao momento não acontece. Os EEER estão na prestação de cuidados gerais e devido à diminuição de recursos humanos não lhe é concedido tempo suficiente para a prestação de cuidados especializados.

No final do estudo posso reafirmar que os objetivos propostos inicialmente foram em geral atingidos, apesar da amostra ser pequena que impossibilitou alcançar resultados ainda mais

consistentes.

Em suma, a implementação deste projeto será o primeiro passo de um longo caminho a percorrer, para que existam enfermeiros de reabilitação no serviço de medicina II a trabalhar exclusivamente na sua área de atuação.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, L., Araújo, E., Andrade, K., Soares, D. & Cianca, T. (2010, Novembro-Dezembro). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 1056-1060. Acedido a 30 de Novembro de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf>
- Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A. & Pinto, C. (2007, Julho-Dezembro). Validação do Índice de Barthel numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. *Revista de Saúde Pública Portuguesa*, 2 (25), 59-66. Acedido a 28 de Novembro de 2017 em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf
- Arco, A.; Costa, A; Pinto, B; Martins, M. & Arriaga, M. (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Portalegre: Escola Superior Saúde de Portalegre
- Association of Rehabilitation Nurses, (2014). *Role Descriptions, the Rehabilitation Admissions Liaison Nurse*. Acedido em 30 de Novembro de 2017 em <http://www.rehabnurse.org/pubs/role/Role-Rehab-Admissions-Liaison-Nurse.html>
- Boylan, L. & Buchanan, L. (2011). *Reabilitação de Base Comunitária*. In Hoeman, S., *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª edição – pp.187-200). Loures: Lusodidacta
- Branco, T & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau
- Cerveira, J. (2011). *Independência Funcional nos doentes com AVC: Determinantes socio-demográficas e clínicas*. Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a 29 de Novembro de 2017 em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1616/1/CERVEIRA%20Joel%20Andrade%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Comissão Europeia – Investigação Comunitária (2005). *Carta Europeia do Investigador: Código de Conduta para o Recrutamento de Investigadores*. Belgium: European Communities. Acedido a 21 de Janeiro de 2018 em https://cdn4.euraxess.org/sites/default/files/brochures/eur_21620_en-pt.pdf

- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência
- Costa, C.; Lopes, S. & Santana, R. (2008). Diagnosis Related Groups e Disease Staging: importância para a administração hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (7), 7- 28. Acedido a 9 de Janeiro de 2018 em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivosde-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-72008-administracao-hospitalar/E-01-2008.pdf>
- Cunha, M. (2014). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Doente com AVC Isquémico e na Demora Média de Internamento Hospitalar*. Trabalho de Projeto para Obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Bragança (Escola Superior de Saúde), Bragança. Acedido a 30 de Março de 2018 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10436/1/Marisa%20Cunha.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2001). *Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 29 de Dezembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/...dgs/normas...normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2012). *Morbilidade Hospitalar – Serviço Nacional de Saúde 2009*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 6 de Janeiro de 2018 em <https://www.dgs.pt/.../morbilidade-hospitalar-servico-nacional-de-saude-2009-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2016a). *Saúde dos Portugueses – 2016*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 18 de Novembro de 2017 e <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Saúde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2016b). *Portugal- Doenças cérebro-cardiovasculares em números- 2015*. Programa Nacional para as doenças cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 10 de Novembro de 2017 em <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XFPbqi-Dx4gJ:https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx+&cd=2&hl=pt->

PT&ct=clnk&gl=pt&client=safari

Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes- the state of the science* (2ª edição). Canadá: Jones & Bartlett Learning.

Escoval, A.; Fernandes, A.; Santos, A. & Matos, T. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Cuidados de Saúde Hospitalares*. Lisboa: Ministério da Saúde Escoval, A. & Vaz, A. (2010). *Financiamento e Classificação de Doentes: Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH)*. Lisboa: Fábrica das Letras – Sociedade Gráfica, Lda.

European Stroke Initiative – EUSI (2003). *AVC Isquémico – Profilaxia e Tratamento*. Alemanha. Acedido a 24 de Novembro de 2017 em http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/esostroke/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf

European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee (2008). Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. *Cerebrovasc Diseases*, 5 (25), 457–507. Acedido a 24 de Novembro de 2017 em <http://sci-hub.cc/10.1159/000131083>

Fernandes, F., & Santos, F. (2010). Evolução motora e funcional de doentes com AVC nos primeiros três meses após a alta hospitalar. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 7, 426-438.

Fernandes, J. (2011). *Demora média de internamento hospitalar*. Consultado em 6 de Janeiro de 2018 em: <http://estadovigil.wordpress.com/author/jvarandas/>

Ferreira, M. (2014). *Doente com AVC: Ganhos na Qualidade de Vida após Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Escola Superior de Saúde), Viana do Castelo. Acedido a 24 de Novembro de 2017 em www.repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1290/1/Mariline_Ferreira.pdf

Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnósticos e tratamento*. Lisboa: Lidel.

Flannery, J. & Bulecza, S. (2010). *Problemas Vasculares e Degenerativos do Cérebro*. In Monahan, F.; Sands, J.; Neighbors, M.; Marek, J. & Green, C. *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Perspectivas de Saúde e Doença*. (8ª edição – pp. 1463-1501). Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Editora Lusociência.

Giraldo, E. (2017a). *Visão Geral do Acidente Vascular Cerebral (derrame)*. Manual MSD

- Versão para Profissionais de Saúde. Acedido a 7 de Dezembro de 2017 em <http://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/distúrbios-neurológicos/acidente-vascular-cerebral/visão-geral-do-acidente-vascular-cerebral>
- Giraldo, E. (2017b). *Acidente Vascular Cerebral Isquémico*. Manual MSD Versão para Profissionais de Saúde. Acedido a 7 de Dezembro de 2017 em <http://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/distúrbios-neurológicos/acidente-vascular-cerebral/acidente-vascular-cerebral-isquémico>
- Glinsky, J.; Harvey, L. & Van Es, P. (2007, Julho). Efficacy of electrical stimulation to increase muscle strength in people with neurological conditions: a systematic review. *Physiotherapy Research International*, 12 (3), 175-194. Acedido a 28 de Dezembro de 2017 em <http://integraronline.com.br/admin/download/20100301171329.pdf>
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: Lusodidacta
- Henderson, D. (2006, Junho). Managing Methicillin-Resistant Staphylococci: A Paradigm for Preventing Nosocomial Transmission of Resistant Organisms. *American Journal of Medicine*, 6 A(119), S45-S52. Acedido a 26 de Janeiro de 2018 em <http://sci-hub.cc/10.1016/j.amjmed.2006.04.002>
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação - Criar novos Caminhos*. Loures: Lusociência.
- Huijben-Schoenmakers M.; Gamel, C. & Hafsteinsdóttir, T. (2009, Março). Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day? *Clinical Rehabilitation*, 23, 1145-1150. Acedido a 29 de Janeiro de 2018 em https://www.academia.edu/30474100/Filling_up_the_hours_how_do_stroke_patients_on_a_rehabilitation_nursing_home_spend_the_day
- Kuller, L. (2001). Prevention of Cardiovascular disease and the future of cardiovascular disease epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, (30). 66-72
- Lista, A.; Correia, J. & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 6 (2), 13-16.
- Loureiro, I.; Miranda, N. & Miguel, J. (2013, Junho-Dezembro). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1 (31), 23-31 Acedido a 20 de Novembro de 2017 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v31n1/v31n1a04.pdf>
- Lutz, B. & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para Enfermagem de Reabilitação. In Hoeman, S., *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª edição – pp.15-30). Loures: Lusodidacta

- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation : the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61. Acedido a 28 de Novembro de 2017 em <https://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/cicelysaunders/attachments/Tools-BI-Functional-Evaluation-The-Barthel-Index.pdf>
- Marques, F. (2012). *Independência funcional do doente após AVC*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Martins, T (2006). *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Matos, R. (2011). *Vantagens da transposição de cirurgias em regime de internamento para cirurgias em regime de ambatório no sector privado*. Dissertação Mestrado, Universidade da Beira Interior- Ciências Sociais e Humanas (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde), Covilhã. Acedido 9 de Janeiro de 2018 em <http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3025/1/Vantagens%20da%20Transposi%C3%A7%C3%A3o%20de%20cirurgias%20em%20regime%20de%20internamento%20para%20cirurgias%20em%20regime%20de%20ambulat%C3%B3rio%20no%20sector%20privado%20M2810.pdf>
- Melo, M. (2010). *Autocuidado em doentes com hemiplegia: cuidados continuados de convalescença*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel da Universidade do Porto, Portugal.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Miller, E.; Murray, L.; Richards, L.; Zorowitz, R.; Bakas, T.; Clark, P. & Billinger, S. (2010, Setembro). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient. A Scientific Statement From the American Heart Association. *AHA Journals*, (41), 2402–2448. Acedido a 7 de Janeiro de 2018 em <http://stroke.ahajournals.org/content/41/10/2402>
- Ministério da Saúde (2015a). Regulamento 350/2015 de 22 de Junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, n.º 119, 1655-1660. Acedido a 30 de Novembro de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Ministério da Saúde (2015b). Regulamento 101/2015 de 10 de Março: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República*, 2ª série, n.º 48, 5948-

5952. Acedido a 1 de Dezembro de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Ministério da Saúde (2017a). Portaria n.º 207/2017 de 11 de Julho. *Diário da República*, 1ª série, n.º 132, 3550-3708. Acedido a 9 de Janeiro de 2018 em <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/107669157/details/maximized?serie=l&dreId=107669152>
- Ministério da Saúde (2017b). Regulamento 338/2017 de 23 de Junho: Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional. *Diário da República*, 2ª série, n.º 120, 12770-12772. Acedido a 21 de Janeiro de 2018 em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/107553282/details/normal?jp=true&l=1%2Fen%2Fen%2Fen>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 21 de Novembro de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer MCEER n.º 12/2011 sobre Atividades de Vida diária*. Acedido a 18 de Dezembro de 2017, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2007). *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde*. Porto: Editora Artmed.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2009). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Genebra, Organização Mundial da Saúde. Acedido a 24 de Janeiro de 2018 em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- Outpatient Service Trialists (2009). Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home (Review). *The Cochrane Collaboration*, Issue 1
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Patel, A.; Knapp, M.; Perez, I.; Andrew Evans, A. & Kalra, L. (2004, Janeiro). Alternative Strategies for Stroke Care Cost-Effectiveness and Cost-Utility Analyses From a

- Prospective Randomized Controlled Trial. *Stroke*, (35),196-204.
- Pontes, M. & Santos, A. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (1ª edição – pp. 89-100). Loures: Lusodidacta.
- Queirós, P.; Vidinha, T. & Filho, A. (2014, Novembro-Dezembro). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, 4 (3), 157-164.
- Rendo, I. (2009). *Introdução e Difusão de Novas Tecnologias – Impacto do Financiamento e do Estatuto Jurídico Hospitalar*. Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa-Escola Nacional de Saúde Pública (III Curso de Mestrado de Gestão em Saúde), Lisboa. Acedido a 9 de Janeiro de 2018 em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4358/5/RUN%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20In%C3%AAs%20Rendo>
- Ribeiro, O.; Pinto, C. & Regadas, S. (2014, Fevereiro-Março). A Pessoa Dependente no Autocuidado: Implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (1), 25-36. Acedido a 12 de Março de 2018 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn1/serlVn1a04.pdf>
- Ricardo, R. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança, Portugal.
- Rua, M. (2012). *Qualidade de vida do doente após acidente vascular cerebral*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu Acedido a 24 de Janeiro de 2018 <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1659/1/RUA%20Maria%20Augusta%20Goncalves%20Alves%20-%20Diss%20mestrado.pdf>
- Sá, M. (2009). *Neurologia Clínica Compreender as Doenças Neurológicas*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa
- Sands, J. & Maxwell-Thompson, C. (1999). *Intervenção Junto de Pessoas com Problemas Vasculares, Degenerativos e Auto-Imunes, do Cérebro*. In Phipps, W.; Sands, J. & Marek, J. *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. (6ª edição – pp. 1975-2022). Loures: Lusociência
- Scherb, C. (2002, Janeiro-Março). Outcomes research: Making a difference in practice. *Outcomes Management*, 6 (1), 22-26.

- Serviço Codificação ULSBA (2017). *Dados Estatísticos Relativamente ao Internamento de Doentes com Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Medicina II, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2015-2016.*
- Serviço Codificação ULSBA (2018). *Dados Estatísticos Relativamente ao Internamento de Doentes com Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Medicina II, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2016-2017.*
- Sulter, G.; Steen, C. & Keyser, J. (1999). Use of the Barthel index and ranking scale in acute stroke trials. *Stroke*, 30 (8), 1538-1541. Acedido a 27 de Novembro de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10436097>
- Theofanidis, D. & Gibbon, B. (2016). Nursing interventions in stroke care delivery: An evidence-based clinical review. *Journal of Vascular Nursing*, 30 (4), 144-151.
- Urbano, J. & Bentes, M. (1990, Janeiro-Março). Definição de produção do hospital: os grupos de diagnóstico homogéneo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8 (1), 4960.
- Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação À Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta
- Vigia, C.; Ferreira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (1ª edição – pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.
- Xu, T., Yu, X., Ou, S., Liu, X., Yuan, J. & Chen, Y. (2017). Efficacy and Safety of Very Early Mobilization in Patients with Acute Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *Scientific Reports*, 7, (6550), 1-8. Acedido a 1 de Dezembro de 2017 em <http://doi.org/10.1038/s41598-017-06871-z>

ANEXOS

Anexo I- Tabela Nacional Grupos de Diagnóstico Homogéneo

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
GDH	Designação	Nível de severidade	Tipo GDH	Peso Relativo (INT)	Preço de Internamento	Peso Relativo (AMB)	Preço em Ambulatório	Diária de Internamento	GDH Cirúrgicos Preço 1º dia de internamento	Limiar Inferior	Limiar Superior	Limiar Máximo	Demora Média Pura	Preço de Internamento SIGIC/SIGA	Preço em Ambulatório SIGIC/SIGA
44	Hemorragia intracraniana	2	M	1,6050	3.667,43 €	-	-	916,86 €	-	3	43	63	13,99	3.667,43 €	-
44	Hemorragia intracraniana	3	M	2,4803	5.667,49 €	-	-	1.416,87 €	-	3	45	66	15,41	5.667,49 €	-
44	Hemorragia intracraniana	4	M	3,9199	12.192,16 €	-	-	3.097,23 €	-	3	49	72	22,03	12.192,16 €	-
45	Acidente vascular cerebral e/ou oclusão pré-cerebral com enfarte	1	M	0,6137	1.402,30 €	-	-	701,15 €	-	1	22	33	8,01	1.402,30 €	-
45	Acidente vascular cerebral e/ou oclusão pré-cerebral com enfarte	2	M	0,9155	2.091,92 €	-	-	522,98 €	-	1	27	40	8,45	2.091,92 €	-
45	Acidente vascular cerebral e/ou oclusão pré-cerebral com enfarte	3	M	1,6514	3.773,45 €	-	-	943,36 €	-	3	46	68	17,19	3.773,45 €	-
45	Acidente vascular cerebral e/ou oclusão pré-cerebral com enfarte	4	M	4,3087	9.845,38 €	-	-	1.640,90 €	-	5	54	79	25,18	9.845,38 €	-
46	Acidente vascular cerebral não específico e/ou oclusão pré-cerebral sem enfarte	1	M	0,4627	1.057,27 €	-	-	528,63 €	-	1	17	25	5,77	-	-
46	Acidente vascular cerebral não específico e/ou oclusão pré-cerebral sem enfarte	2	M	0,6819	1.558,14 €	-	-	779,07 €	-	1	25	37	9,03	-	-
46	Acidente vascular cerebral não específico e/ou oclusão pré-cerebral sem enfarte	3	M	1,2397	2.832,71 €	-	-	708,18 €	-	3	42	62	14,47	-	-
46	Acidente vascular cerebral não específico e/ou oclusão pré-cerebral sem enfarte	4	M	3,1205	7.130,34 €	-	-	1.188,39 €	-	5	64	94	34,75	-	-
47	Isquémia transitória	1	M	0,3596	821,69 €	-	-	410,84 €	-	1	14	21	4,96	-	-
47	Isquémia transitória	2	M	0,4508	1.030,08 €	-	-	515,04 €	-	1	15	22	6,27	-	-
47	Isquémia transitória	3	M	0,7357	1.681,07 €	-	-	560,36 €	-	2	31	46	10,66	-	-
47	Isquémia transitória	4	M	1,9347	4.420,79 €	-	-	884,16 €	-	4	50	73	21,17	-	-
48	Perturbações dos nervos cranianos, periféricos e autónomos	1	M	0,4569	1.044,02 €	-	-	522,01 €	-	1	20	30	5,84	-	-
48	Perturbações dos nervos cranianos, periféricos e autónomos	2	M	0,7133	1.629,89 €	-	-	543,30 €	-	2	29	43	10,04	-	-
48	Perturbações dos nervos cranianos, periféricos e autónomos	3	M	1,0739	2.453,86 €	-	-	817,95 €	-	2	40	59	13,01	-	-
48	Perturbações dos nervos cranianos, periféricos e autónomos	4	M	3,4387	7.857,43 €	-	-	1.122,49 €	-	6	67	98	37,5	-	-
49	Infeções bacterianas e tuberculosas do sistema nervoso	1	M	0,9155	2.091,92 €	-	-	522,98 €	-	3	34	50	13,43	-	-
49	Infeções bacterianas e tuberculosas do sistema nervoso	2	M	2,1976	5.021,52 €	-	-	1.004,30 €	-	4	48	70	19,24	-	-
49	Infeções bacterianas e tuberculosas do sistema nervoso	3	M	3,6536	8.348,48 €	-	-	1.192,64 €	-	6	56	81	26,75	-	-
49	Infeções bacterianas e tuberculosas do sistema nervoso	4	M	7,4911	17.117,16 €	-	-	2.445,31 €	-	6	62	90	33,52	-	-
50	Infeções não bacterianas do sistema nervoso, exceto meningite viral	1	M	0,6430	1.469,26 €	-	-	734,63 €	-	1	27	40	8,45	-	-
50	Infeções não bacterianas do sistema nervoso, exceto meningite viral	2	M	1,2243	2.797,53 €	-	-	699,38 €	-	3	37	54	13,88	-	-
50	Infeções não bacterianas do sistema nervoso, exceto meningite viral	3	M	2,5826	5.901,24 €	-	-	983,54 €	-	5	50	73	21,12	-	-
50	Infeções não bacterianas do sistema nervoso, exceto meningite viral	4	M	8,7569	20.009,52 €	-	-	2.000,95 €	-	9	67	96	38,22	-	-
51	Meningite viral	1	M	0,2809	641,86 €	-	-	320,93 €	-	1	11	16	3,98	-	-
51	Meningite viral	2	M	0,6839	1.562,71 €	-	-	520,90 €	-	2	34	50	10,22	-	-
51	Meningite viral	3	M	1,7621	4.026,40 €	-	-	805,28 €	-	4	49	72	19,83	-	-
51	Meningite viral	4	M	5,0326	11.499,49 €	-	-	1.916,58 €	-	5	68	100	39,6	-	-
52	Estupor e/ou coma, não traumáticos	1	M	0,3958	904,40 €	-	-	452,20 €	-	1	11	16	4,44	-	-
52	Estupor e/ou coma, não traumáticos	2	M	0,6513	1.488,22 €	-	-	744,11 €	-	1	23	34	7,87	-	-
52	Estupor e/ou coma, não traumáticos	3	M	0,8858	2.024,06 €	-	-	1.012,03 €	-	1	38	57	11,63	-	-
52	Estupor e/ou coma, não traumáticos	4	M	2,7008	6.171,33 €	-	-	2.057,11 €	-	2	40	59	12,02	-	-

Anexo II- Resposta do Consentimento da Comissão de Ética



EXTRATO DA ATA DA REUNIÃO n.º 09/2017 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 05.12.2017 (Ata nº62, Ponto 6.1)

"Aos quatro dias do mês de dezembro de dois mil e dezassete, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Maria Margarida Carvalho de Brito Rosa, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção, Garantia da Qualidade, Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não pôde estar presente Ana Luísa Bacelar, Juíza Desembargadora, e Francisco António Revés Barrocas, Assessor de Psicologia Clínica, que justificaram a sua ausência.-----

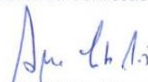
----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

«« PONTO OITO – EDOC/56505 – Estudo «Cérbero em movimento: importância da reabilitação precoce no doente com AVC Isquémico», a realizar pela Enf.ª Liliana Grade. -----

--- A Comissão de Ética decidiu emitir o parecer favorável sobre este estudo com a condição de reformular o consentimento informado ao estudo a realizar e a juntar o plano de intervenção.-----(...)"

Beja, 15 de dezembro 2017

A Presidente da Comissão de Ética



Ana Matos Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-949 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Anexo III- Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE

NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

☐ **1. Diagnóstico e ou descrição da situação clínica:**
Participação de doente com AVC Isquémico em programa de Enfermagem de Reabilitação adaptado à sua situação clínica.

☐ **2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:**
Plano individualizado de Enfermagem de Reabilitação, adaptado a cada situação clínica.

☐ **3. Benefícios:**
As intervenções de enfermagem têm como principal objetivo a prevenção de lesões cerebrais secundárias, a manutenção das vias aéreas (devido à fraqueza da musculatura da laringe), manutenção das vias e também minimizar complicações como atelectasias e pneumonia devido à imobilidade. O objetivo da reabilitação permite ao doente lidar e ultrapassar a sua incapacidade e tornar-se o mais independente possível.

☐ **4. Riscos graves e riscos frequentes:**
Sem riscos conhecidos.

☐ **5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:**
Nada a referir.

☐ **6. Riscos de não tratamento:**
Reabilitação mais demorada e possivelmente menos eficaz.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: Liliana Isabel Paulino Grade

Data: Número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição): 55265

Assinatura:

Unidade de Saúde: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Contacto institucional do profissional de saúde: 284310200

À Pessoa/representante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

- ☐ Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.
- ☐ Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Data: Assinatura:

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE - (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome:

Doc. identificação N.º: Data ou validade:

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Assinatura:

Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

APÊNDICES

Apêndice I- Instrumento de Colheita de Dados

Formulário n.º _____

1. Sexo:

☐₁ Masculino

☐₂ Feminino

2. Idade: _____

3. Estado Civil:

☐₁ Casado

☐₂ Solteiro

☐₃ Divorciado

☐₄ Viúvo

☐₅ União de facto

4. Grau de escolaridade

☐₁ Sem escolaridade

☐₂ 1º ciclo

☐₃ 2º ciclo

☐₄ 3º ciclo

☐₅ Ensino secundário

☐₆ Licenciatura

5. Profissão (De acordo com a classificação nacional de profissões, INE 2011)

☐₁ Operários, artífices e trabalhadores similares

☐₂ Reformados

☐₃ Técnicos e profissionais de nível intermédio

☐₄ Pessoal administrativo e similares

☐5 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

☐6 Trabalhadores não qualificados

☐7 Outros

6. Tipos de Paresia

☐1 Hemiparesia direita

☐2 Hemiparesia esquerda

☐3 Paraparesia

☐4 Plegia

☐5 Outros

7. Data de internamento no serviço de Medicina II: ____/____/____

8. Data de alta do serviço de Medicina II: ____/____/____

9. Dias de Internamento: _____

10. Destino pós alta:

☐1 Casa

☐2 Rede Nacional Cuidados Continuados (RNCC)

☐3 Centro de Reabilitação

☐4 Outro

Índice de Barthel		
	24h	Alta
1 Alimentação		
Independente	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo cortar alguns alimentos)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
2 Transferências		
Independente	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
3 Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
4 Utilização do WC		
Independente	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
5 Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
6 Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelos menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
7 Subir e Descer Escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
8 Vestir		
Independente	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
9 Controlo Intestinal		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similares	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa do uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
10 Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Total		

Grau de Dependência	
Autónomo	100 pontos
Dependente Leve	> 60 pontos
Dependente Moderado	> 40 pontos e ≤ 60 pontos
Dependente Grave	> 20 pontos e ≤ 40 pontos
Dependente Total	< 20 pontos

Fonte: Sulter, Steen & Keyser (1999)

Apêndice II- Programa de Reabilitação Standard Doente com AVC Isquémico

Programa de Reabilitação Standard Doente com AVC Isquémico

FASE AGUDA (Doente inconsciente)	
RFR	
Objetivos	Técnicas
Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular	- Técnicas de descanso e relaxamento
Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar	- Exercícios respiratórios: - Reeducação diafragmática manual - Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda - Reeducação costal global sem bastão - Reeducação costal seletiva
Assegurar a permeabilidade das vias aéreas	- Manobras de limpeza das vias aéreas: - Manobras acessórias: percussão, vibração, compressão, vibrocompressão. - Drenagem postural
Impedir a formação de aderências pleurais para manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática	- Terapêutica de posição - Abertura costal seletiva
RFM	
Diminuir a espasticidade	- Posicionamento em padrão anti-espástico em todos os decúbitos
Manter a amplitude de movimentos, manter a integridade das estruturas articulares, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contraturas, melhorar o retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa.	- Mobilizações passivas: - Cabeça; - Membros superiores; - Membros inferiores.

Fonte: MENOITA (2012), CORDEIRO & MENOITA (2012)

FASE AGUDA (Doente consciente)	
RFR	
Objetivos	Técnicas
Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de descanso e relaxamento - Consciencialização e controlo da respiração
Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar	<ul style="list-style-type: none"> - Expiração com lábios semi-cerrados - Respiração diafragmática; - Exercícios respiratórios: <ul style="list-style-type: none"> - Reeducação diafragmática manual - Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda - Reeducação diafragmática com resistência - Reeducação costal global sem bastão - Reeducação costal global com bastão - Reeducação costal seletiva
Assegurar a permeabilidade das vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"> - Manobras de limpeza das vias aéreas: <ul style="list-style-type: none"> - Ensino da tosse dirigida e assistida - Manobras acessórias: percussão, vibração, compressão, vibrocompressão. - Expiração lenta total com a glote aberta - Drenagem postural
Impedir a formação de aderências pleurais para manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática	<ul style="list-style-type: none"> - Terapêutica de posição - Abertura costal seletiva
RFM	
Diminuir a espasticidade	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionamento em padrão anti-espástico em todos os decúbitos
Manter a amplitude de movimentos, manter a integridade das estruturas articulares, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contraturas, melhorar o retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações passivas/ativas-assistidas/ativas: <ul style="list-style-type: none"> - Cabeça; - Membros superiores; - Membros inferiores.

Fonte: Menoita (2012), Cordeiro & Menoita (2012)

FASE TARDIA	
RFM	
Objetivos	Técnicas
Diminuir a espasticidade	- Posicionamento em padrão anti-espástico em todos os decúbitos
Manter a amplitude de movimentos, manter a integridade das estruturas articulares, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contraturas, melhorar o retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações passivas/ativas-assistidas/ativas: <ul style="list-style-type: none"> - Cabeça; - Membros superiores; - Membros inferiores. - Atividades terapêuticas: <ul style="list-style-type: none"> - Rolar no leito lado afetado e não afetado - Exercícios de extensão lombo-pélvica no leito com e sem bola terapêutica - Exercícios de Oscilações pélvicas no leito - Treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em posição ortostática) com e sem bola terapêutica - Fortalecimento muscular com banda elástica - Exercícios de auto-mobilização - Exercícios de carga no cotovelo - Treino de Levantes - Treino de transferência - Treino de Marcha controlada - Treino de AVD - Exercícios isométricos e isotónicos

Fonte: Menoita (2012), Cordeiro & Menoita (2012)

Apêndice III– Pedido de Apreciação e Parecer ao Conselho de Administração/Comissão de Ética

Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor Joaquim Brissos

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Assunto: Pedido de apreciação e parecer

Eu, Liliana Isabel Paulino Grade, enfermeira no Serviço de Medicina II do Hospital José Joaquim Fernandes, com o número mecanográfico 20333, venho por este meio solicitar um pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética da ULSBA, acerca do assunto abaixo apresentado:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Gestão de Unidades de saúde, criado pelo Despacho n.º 5040/2015, publicado em Diário da República, 2ª série – n.º 92 de 13 de Maio de 2015 e a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre, encontro-me a realizar um estágio no Serviço de Medicina II do Hospital José Joaquim Fernandes, com a respetiva duração de 320 horas decorrendo até 2 de fevereiro de 2018.

Este estágio prevê a realização de um projeto, intitulado “Cérebro em Movimento: Importância da reabilitação precoce no doente com AVC Isquémico”, cujo objetivo é demonstrar a importância da reabilitação precoce nos doentes com AVC isquémico, através da implementação de planos individualizados aos doentes internados no serviço de Medicina II com o referido diagnóstico.

Pretende-se ainda que, através da conceção e implementação deste projeto sejam desenvolvidas e atingidas as competências de mestre em enfermagem e que a evidência resultante possa ser uma mais-valia para a comunidade científica.

No âmbito do projeto supracitado foram traçados os seguintes objetivos:

- Analisar o efeito das determinantes de contexto sociodemográfico e clínicas sobre a demora média de dias de internamento hospitalar após AVC isquémico;
- Analisar se a intervenção precoce dos enfermeiros de reabilitação contribui para a alteração da demora média de internamento hospitalar dos doentes com AVC isquémico.
- Comparar a evolução do nível de capacidade funcional do doente com AVC na

fase aguda e no momento da alta.

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, em informar os enfermeiros do serviço de medicina II sobre o projeto a decorrer e a adquirir o consentimento informado dos doentes envolvidos desta condição, sendo o envolvimento dos mesmos facultativo. Comprometo-me ainda em cumprir as condições previstas na Declaração de Helsínquia.

Junto anexo um pequeno resumo do que projeto que pretendo realizar para uma melhor compreensão e clarificação dos objetivos.

Atenciosamente

Autores

Liliana Grade

Orientador

Professor Doutor Adriano Pedro

Co-Orientador

Professor Doutor António Calha

Afiliação

Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, Enfermeira Especialista Reabilitação;

Título

O Cérebro em Movimento

Introdução e objetivos

O AVC constitui uma das causas de morbilidade e/ou incapacidade mais importantes em toda a Europa, incluindo Portugal.

Quando a doença surge é necessária a implementação de medidas que tentem reduzir os custos económicos e humanos originados pela ocorrência da mesma. O tratamento precoce e a reabilitação física na fase aguda é de extrema importância pois permitem uma melhor evolução da capacidade funcional destes doentes.

Objetivos: i) Analisar o efeito das determinantes de contexto sociodemográfico e clínicas sobre a demora média de dias de internamento hospitalar após AVC isquémico; ii) Analisar se a intervenção precoce dos enfermeiros de reabilitação contribui para a alteração da demora média de internamento hospitalar dos doentes com AVC isquémico; ii) Comparar a evolução do nível de capacidade funcional do doente com AVC na fase aguda e no momento da alta;

Metodologia

Irá tratar-se de uma investigação de natureza quantitativa de tipo correlacional.

Serão prestados cuidados de reabilitação os doentes pelo menos cinco dias na semana, sendo excluídos os doentes que faleçam durante o internamento.

Resultados esperados

Pretende-se com este estudo demonstrar que a intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação no doente com AVC isquémico, diminui os dias de internamento, bem como melhora a funcionalidade do doente diminuindo desta forma os gastos em saúde.

Avaliação

Comparação de diferença na média de internamento em igual período do ano anterior e o ano corrente através **do teste de Mann-Whitney**.

Comparação do valor do índice de *Barthel* nas primeiras 24h de internamento com o valor da alta através **teste de Wilcoxon**, para comprovar se há melhoria da capacidade funcional do doente após a intervenção do EEER.

Bibliografia

Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). *Portugal- Doenças cérebro-cardiovasculares em números- 2015*. Programa Nacional para as doenças cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Apêndice IV- Trabalho apresentado à equipa de enfermagem Medicina II

O CÉREBRO EM MOVIMENTO

- INTERVENÇÃO PRECOCE DO
ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO
DOENTE COM AVC ISQUÉMICO -

MEDICINA II

Liliana Grade

Introdução

Acidente Vascular Cerebral

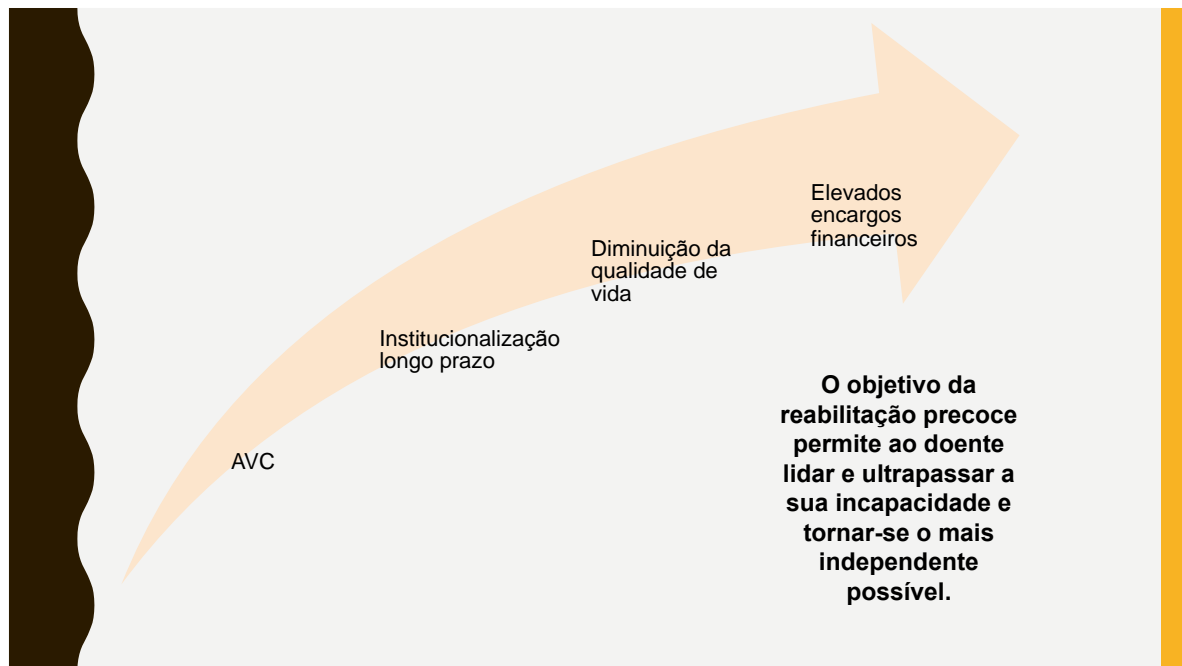
Causa de morte mais
pertinente em toda a Europa

Doenças
Cardiovasculares

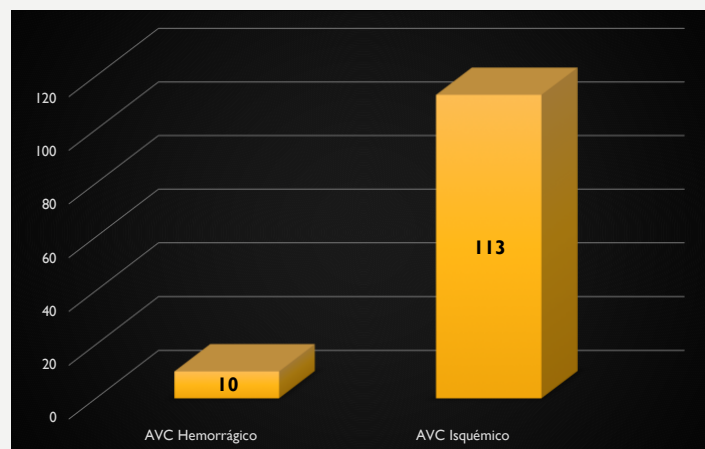
Maior causa de morte e
incapacidade em Portugal

Sequelas físicas, mentais,
sociais com a consequente
diminuição da funcionalidade

(DGS, 2014)



AVC ISQUÉMICO *VERSUS* AVC HEMORRÁGICO



Serviço de Medicina II 2016

DEMORA MÉDIA DE INTERNAMENTO

A demora média de internamento hospitalar é um indicador importante uma vez que permite avaliar a eficiência e os indicadores de qualidade dos estabelecimentos de saúde

Segundo a Portaria n.º 234/2015 de 7 de Agosto o AVC tem uma média de internamento de 8,01 dias representando uma diária de internamento calculada em 701,15 euros

De acordo com os dados fornecidos pelo Serviço de Codificação da ULSBA a demora média de internamento dos doentes com AVC em 2016 foi de 11,3 dias

Internamento Prolongado

Aumento do risco de infeções nosocomiais

Aumento das despesas com a saúde

Impacto na saúde e bem estar dos doentes



OBJETIVOS

Quais os fatores que influenciam a duração do internamento hospitalar de doentes com AVC isquémico?

Objetivos gerais:

- ☐ Analisar o efeito das determinantes de contexto sociodemográfico e clínicas sobre a demora média de dias de internamento hospitalar após AVC isquémico;
- ☐ Analisar se a intervenção precoce dos enfermeiros de reabilitação contribui para a alteração da demora média de internamento hospitalar dos doentes com AVC isquémico.
- ☐ Comparar a evolução do nível de capacidade funcional do doente com AVC na fase aguda e no momento da alta;

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo Correlacional de natureza quantitativa

Variáveis clínicas:
Capacidade funcional e
Intervenção precoce do EEER

**Variáveis
sociodemográficas:**
Sexo e Idade

Demora média dos dias
de internamento

PARTICIPANTES

Todos os doentes internados no serviço de Medicina
II da ULSBA, com o diagnóstico clínico de AVC
Isquémico.



Amostragem não probabilística do tipo acidental

PROCEDIMENTOS

Trabalhar com os doentes pelo menos cinco dias na semana, incluindo fins de semana, num horário compreendido entre as 8 e as 20h. Para este estudo irei excluir os doentes que faleçam durante o internamento.

INSTRUMENTOS

Índice Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Na versão original de Mahoney & Barthel (1965) a pontuação da escala varia de 0-100, em que a pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as AVD e a máxima de 100 equivale à independência total para AVD avaliadas.

AVALIAÇÃO

Para o tratamento dos dados, será utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows na versão 19.0.

Em toda a análise estatística, irei assumir um valor de significância de $p < 0,05$ para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor.

Tratando-se de um estudo de apenas quatro meses, possivelmente a amostra também será pequena, será utilizada uma estatística não paramétrica, para comparar se existirá diferença na média de internamento em igual período do ano anterior e o ano corrente será utilizado o teste de **Mann-Whitney**, uma vez que se tratam de duas amostras independentes.

Relativamente à melhoria da capacidade funcional do doente após a intervenção do EEER, será feita a comparação do valor do índice de **Barthel** nas 24h de internamento com o valor da alta; tratando-se de uma amostra emparelhada o teste mais adequado será o teste de **Wilcoxon**, ou seja, este teste avalia a diferença entre o pré e o pós intervenção do EEER numa mesma amostra com distribuição simétrica.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, L., Araújo, E., Andrade, K., Soares, D. & Cianca, T. (2010, Novembro-Dezembro). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 1056-1060. Acedido a 30 de Junho de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf>
- Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A. & Pinto, C. (2007, Julho-Dezembro). Validação do Índice de Barthel numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. *Revista de Saúde Pública Portuguesa*, 2 (25), 59-66. Acedido a 28 de Junho de 2017 em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf
- Arco, A.; Costa, A.; Pinto, B.; Martins, M. & Arriaga, M. (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Portalegre: Escola Superior Saúde de Portalegre
- Association of Rehabilitation Nurses, (2014). *Role Descriptions, the Rehabilitation Admissions Liaison Nurse*. Acedido em 30 de Junho de 2017 em <http://www.rehabnurse.org/pubs/role/Role-Rehab-Admissions-Liaison-Nurse.html>
- Augusto, M (2002). A Incidência do Acidente Vascular Cerebral. *Acta Médica Portuguesa*, (15), 23-27 Acedido a 23 de Junho de 2017 em www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1911/1479+%cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt
- Branco, T & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau
- Cerveira, J. (2011). *Independência Funcional nos doentes com AVC: Determinantes socio- demográficas e clínicas*. Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a 29 de Junho de 2017 em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1616/1/CERVEIRA%20Joel%20Andrade%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). *Portugal- Doenças cérebro-cardiovasculares em números- 2015*. Programa Nacional para as doenças cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2014). *Portugal- Doenças cérebro-cardiovasculares em números- 2013*. Programa Nacional para as doenças cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral da Saúde: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 29 de Junho de 2017 em <https://www.dgs.pt/...dgs/normas...normalivas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2001). *Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Escóval, A.; Fernandes, A.; Santos, A. & Matos, T. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011- 2016 - Cuidados de Saúde Hospitalares*. Lisboa: Ministério da Saúde
- European Stroke Initiative – EUSI (2003). *AVC Isquémico – Profilaxia e Tratamento*. Alemanha. Acedido a 24 de Junho de 2017 em http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf
- European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee (2008). *Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008*. *Cerebrovasc Diseases*, 5 (25), 457–507. Acedido a 24 de Junho de 2017 em <http://sci-hub.cc/10.1159/000131083>
- Fernandes, J. (2011) Demora média de internamento hospitalar. Consultado em 23 de Junho de 2017 em: <http://estadovigil.wordpress.com/autor/jvarandas/>

Apêndice V- Projeto de estágio



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
V Mestrado em Enfermagem Gestão em Unidades de
Saúde
Unidade Curricular Estágio I
Docente Professora Doutora Graça Gama de
Carvalho



INTERVENÇÃO PRECOCE DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO DOENTE COM AVC ISQUÉMICO

Mestrando:
Liliana Grade n.º 18575

Supervisor clínico:
Enfermeiro Chefe António Costa

**Julho
2017**

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
V Mestrado em Enfermagem Gestão em Unidades de Saúde
Unidade Curricular Estágio I
Docente Professora Doutora Graça Gama de Carvalho

INTERVENÇÃO PRECOCE DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO DOENTE COM AVC ISQUÉMICO

Mestrando:
Liliana Grade n.º 18575

Supervisor clínico:
Enfermeiro Chefe António Costa

Julho
2017

Lute com determinação, abrace a vida com
paixão, perca com classe e vença com
ousadia, porque o mundo pertence a quem se
atreve e a vida é muito bela para ser
insignificante.
Charles Chaplin

RESUMO

Segundo a DGS o AVC constitui uma das causas de morbilidade e/ou incapacidade mais importantes em toda a Europa, incluindo Portugal.

Cada vez mais há uma tentativa de implementar medidas de prevenção para reduzir a incidência do AVC, diminuindo a exposição a fatores de risco. No entanto, nem sempre esta situação é possível, desta forma, quando a doença surge é extremamente necessária a implementação de medidas baseadas na evidência que tentem reduzir os custos económicos e humanos originados pela ocorrência da mesma. Sendo o tratamento precoce e a reabilitação física na fase aguda de extrema importância pois permitem uma melhor evolução da capacidade funcional destes doentes.

Após verificar que na ULSBA, serviço Medicina II, existe uma taxa de prevalência de AVC relativamente significativa bem como uma demora média de internamento superior à média nacional, é neste sentido que me proponho demonstrar que a intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação pode ser benéfica na melhoria da capacidade funcional dos doentes com AVC bem como na diminuição da demora média de internamento.

Palavras chave: demora média de internamento; enfermeiro de reabilitação; acidente vascular cerebral; capacidade funcional.

ABSTRACT

According to the National Health Institute of Portugal (Direcção Geral de Saúde, DGS), stroke is one of the leading death causes in Europe, including the aforementioned country.

There has been a growing tendency to put multiple prevention measures in place, in order to reduce stroke incidence and reduce exposure to risk factors. The importance of evidence-based measures must be emphasized towards the mitigation of physical and economical burden of stroke, which includes early medical therapy and motor rehabilitation.

Herein, the authors aim to demonstrate the importance of nursing interventions in early multidisciplinary rehabilitation of stroke patients in a tertiary hospital's Internal Medicine ward, after noting the high prevalence of that condition in its population and also a high length of stay (LOS) related to the condition.

Keywords: length of stay; rehabilitation nursing; stroke; functional capacity.

ABREVIATURAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral
AVD- Atividades de Vida Diária
CAD- Centro de Aconselhamento de Detecção
CDP- Centro de Diagnóstico Pneumológico
DGS- Direção Geral da Saúde
EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER- Enfermagem de Reabilitação
ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre
EUSI -*European Stroke Initiative*
ESO- *European Stroke Organization*
HJJF- Hospital José Joaquim Fernandes
INE- Instituto Nacional de Estatística
OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
RFM- Reeducação Funcional Motora
RFR- Reeducação Funcional Respiratória
SNS- Sistema Nacional de Saúde
SPAVC- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral
SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*
ULSBA- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USP- Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

	f
INTRODUÇÃO	11
1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	13
1.1. MISSÃO, VISÃO E VALORES	14
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – SERVIÇO DE MEDICINA II	15
1.2.1. Recursos físicos	15
1.2.2. Recursos materiais e equipamentos	16
1.2.3. Recursos humanos	17
2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	18
3. METODOLOGIA	22
3.1. SELEÇÃO DE PRIORIDADES	22
3.2. OBJETIVOS	27
3.3. MATERIAIS E MÉTODOS	29
3.3.1. Participantes	30
3.3.2. Instrumentos	30
3.3.3. Procedimentos	31
3.3.4. Questões éticas	31
3.4. PLANEAMENTO	31
3.5. AVALIAÇÃO	32
4. O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	33
5. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR	35
CONCLUSÃO	41
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	48
Anexo I- Instrumento de Colheita de Dados	49
Anexo II – Cronograma de atividades Estágio I	55

ÍNDICE DE FIGURAS

	f
Figura n.º1: Concelhos da área de influência da ULSBA	14
Figura n.º 2: Variáveis do estudo	30

ÍNDICE DE QUADROS

	f
Quadro n.º1: Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares, Portugal Continental, 2013	19
Quadro n.º 2: Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade relativos a oclusão das artérias cerebrais, por sexo e segundo grupo etário, Portugal Continental (2013 e 2014).	20
Quadro n.º 3: Tipos de AVC	22
Quadro n.º 4: Competências do Enfermeiro Gestor no Domínio da Gestão	36
Quadro n.º 5: Competências do Enfermeiro Gestor no Domínio da Assessoria de Gestão	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f
Gráfico n.º 1: Internamentos de AVC e Outras Patologias no Serviço de Medicina II	23
Gráfico n.º 2: Doentes Internados com AVC em 2015 no Serviço de Medicina II	24
Gráfico n.º 3: Doentes Internados com AVC em 2016 no Serviço de Medicina II	25
Gráfico n.º 4: Distribuição dos doentes com AVC isquémico no Serviço de Medicina II por Sexo e Faixa Etária	26

ÍNDICE DE TABELAS

	f
Tabela n.º 1: Distribuição dos doentes com AVC isquémico no Serviço de Medicina II por Sexo e Faixa Etária	25
Tabela n.º 2: Distribuição da dos doentes por sexo, idade e dias de internamento	27

INTRODUÇÃO

Após o término da Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação (ER) nunca foi meu objetivo pessoal nem profissional seguir mais além academicamente, pois durante a especialidade foi-me bastante complicado conciliar a vida profissional e familiar. Todos os estágios que fiz durante a Pós-licenciatura foram longe de casa, com um horário laboral de 40 horas semanais em que a única vantagem que tinha era ser bolseira, ou seja, tinha direito a dois dias de estágio por semana.

No entanto, quando concluí o curso estava desejosa de poder colocar em prática no meu serviço, Medicina II, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), Hospital José Joaquim Fernandes (HJJF), tudo o que tinha aprendido durante todo o percurso que fiz. Mas... infelizmente, não me foi possível trabalhar exclusivamente como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Devido à falta de enfermeiros, eu tinha que prestar cuidados gerais e ao mesmo tempo, caso houvesse “tempo” tentaria prestar cuidados mais especializados aos doentes que estivessem sob a minha responsabilidade. Desde logo mostrei desagrado por esta situação, não só pela falta de tempo que iria ter, como também pela injustiça que existiria perante os outros doentes que não estariam sob os meus cuidados no turno.

Desta forma, pensei de que forma poderia mostrar que o trabalho dos EEER é importante? E cheguei a uma conclusão, através da diminuição dos dias de internamento dos doentes com a consequente diminuição dos custos hospitalares, diminuição das horas de cuidados de enfermagem, doentes mais autónomos requerem menos cuidados de enfermagem.... mas...como poderia eu ajudar a evidenciar tudo isto? Foi então que resolvi inscrever-me no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Saúde de Portalegre (ESSP) do Instituto Politécnico de Portalegre.

Assim, aliando as competências específicas do EEER às competências do Enfermeiro Gestor julgo conseguir realçar e importância do EEER.

Integrada no 1º ano/2º semestre do V ano do referido curso surge a unidade curricular Estágio I, com um total de 155 horas que decorre de 12 de Julho a 21 de Julho (cronograma anexo II); e com ela afigurou-se imprescindível a elaboração de um documento de planeamento do mesmo, ao qual passo a designar de Projeto de Estágio que servirá de planeamento para o Estágio final (2º ano/1º semestre).

Relativamente à definição de objetivos para o presente Estágio, estes passam por

desenvolver competências específicas em enfermagem avançada na área da Gestão de Unidades de Saúde, desenvolvendo uma base favorável para a aquisição de conhecimentos, aptidões e competências de mestre, competências essas que pretendo começar a trabalhar ainda durante este período e que espero atingir e retratar na UC Estágio e Relatório do 2º ano/1º Semestre que cronologicamente se seguirá ao presente Estágio.

O estágio irá realizar-se no Serviço de Medicina II da ULSBA, HJJF de Beja, sendo tutorado pelo Enfermeiro Chefe António Costa, que aceitou o convite que lhe remeti para me ajudar a atingir os objetivos deste período formativo. Enfermeiro chefe de carreira, com Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Doente Oncológico, com Pós-Graduação em Intervenção em Feridas.

Tendo em conta os objetivos do estágio começo por fazer uma breve caracterização do local de estágio, posteriormente no ponto dois irei fundamentar o porque da escolha do tema que escolhi para desenvolver no Estágio Final seguindo-se a possível metodologia de como irei desenvolver o projeto apresentado, no ponto três. Não posso deixar de referir como é importante o papel do enfermeiro gestor nos serviços de reabilitação, pelo que no ponto quatro irei fazer uma breve resenha a esta temática. No ponto cinco faço menção às competências do enfermeiro gestor identificando as atividades que tenciono realizar e os indicadores de avaliação que as permitirão qualificar e por fim uma breve conclusão sintetizando as principais linhas definidas neste documento.

Durante a realização do projeto foram utilizadas as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da ESSP (Arco, Pinto, Martins & Arriaga, 2010).

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A inauguração do HJJF remonta à data de 25 de Outubro de 1970, tendo sido criado pelo Decreto-Lei n.º 45 226 de 4 de Setembro de 1963, contando atualmente com uma história de quase 47 anos (Ministério das Finanças e das Obras Públicas, 1963). Em 4 de Setembro de 2008, dando cumprimento ao Decreto-lei n.º 183/2008 este hospital tornou-se parte integrante da ULSBA, com a alteração operada em 2015 pelo Decreto-Lei n.º 12/2015 de 26 de janeiro (Ministério da Saúde, 2008 & 2015a).

A ULSBA é uma entidade pública empresarial (EPE) integrada no Serviço Nacional de Saúde. A sua origem tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na sua área geográfica de abrangência.

Desenvolve a sua atividade em 3 níveis de prestação de cuidados:

- Cuidados de Saúde Primários: Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo, que integra as unidades funcionais dos Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvitto, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, bem como a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Saúde Pública (USP), Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Centro de Aconselhamento de Detecção (CAD);
- Cuidados de Saúde Hospitalares: HJJF, Beja;
- Cuidados Paliativos: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ (apoio a todos os concelhos, com exceção de Moura, Barrancos e Mértola), Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Moura e Barrancos e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Mértola (ULSBA, 2016a)

De acordo com os dados do recenseamento censitário de 2011, a população residente no Baixo Alentejo rondava os 126.690 habitantes, no entanto as estimativas do Instituto Nacional de Estatística [INE] para 2015 apontavam para uma população total de 120.128 residentes.

Tendo como referência o Plano de Atividades e Orçamento de 2016, a ULSBA dispõe de 1,634 colaboradores, que lhe permitem operacionalizar a sua atividade assistencial em 13

concelhos e 62 freguesias do Baixo Alentejo, abrangendo uma área de 8542,7 km², correspondendo a 9,3% da superfície do território nacional (ULSBA, 2016b).

O HJJF assume-se como uma valência médico-cirúrgica diferenciada na prestação de cuidados a doentes agudos, dispondo atualmente de 215 camas, 13 de cuidados intensivos, 96 de especialidades cirúrgicas e 106 de especialidades médicas. No que respeita à oferta de serviços deste hospital, o mesmo contempla seis especialidades cirúrgicas, sete médicas e cinco de apoio. (ULSBA, 2016c)

Figura n.º 1: Concelhos da área de influência da ULSBA



Fonte: JM Madeira (2012)

1.1. MISSÃO, VISÃO E VALORES

A ULSBA visa o seu reconhecimento pela excelência clínica, garantindo a equidade e a integração eficaz dos vários níveis de cuidados, assumindo-se como uma instituição de referência, com uma preocupação de qualidade, eficiência e eficácia, técnica e social. É missão da ULSBA, a prestação de cuidados integrados, com qualidade e em tempo útil, a custos socialmente comportáveis, num quadro de eficiência e eficácia, em estreita articulação com outros serviços de saúde e instituições sociais da comunidade.

A par das atividades assistenciais, são desenvolvidas as funções de formação, treino e investigação consideradas necessárias ao desenvolvimento técnico-profissional dos trabalhadores e colaboradores da ULSBA.

Os colaboradores da organização adotam uma atitude centrada no utente/doente, no profundo respeito pela dignidade da vida humana, no sentido da prevenção e da promoção da saúde individual e da comunidade, na acessibilidade e equidade na prestação dos

cuidados, bem como na obtenção de ganhos em saúde, visando a melhoria progressiva do nível de todos os indicadores de saúde da população do Baixo Alentejo (ULSBA, 2015b).

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – SERVIÇO DE MEDICINA II

A Medicina Interna é a especialidade médica que tem como objetivo a avaliação e compreensão do doente como um todo, estudando as interações entre os vários órgãos e sistemas.

Até final 1º Trimestre de 2017 a Medicina Interna tinha dois serviços de internamento, Medicina I (3º piso) e Medicina II (4º piso), com dois Diretores Clínicos e dois Chefes de Enfermagem, ou seja, com funcionamento distinto. No entanto, a partir de 1 de Março de 2017 de acordo com a Nota de Serviço Nº 9 da ULSBA estes dois serviços foram agrupados passando apenas a ter um Diretor Clínico mantendo-se os dois Chefes de Enfermagem.

O Serviço de Medicina II tem como principal objetivo prestar cuidados globais e individualizados a doentes adultos do foro médico, na área de influência do Hospital.

1.2.1. Recursos físicos

Do ponto de vista físico, o serviço de medicina II localiza-se no 4º piso, ala direita, do HJJF sendo composto por:

- *Hall* de entrada;
- Um gabinete para o enfermeiro chefe;
- Um gabinete para a equipa de enfermagem;
- Uma copa, onde antigamente eram confeccionadas as refeições dos doentes, hoje apenas serve de receção das refeições provenientes da cozinha em carros apropriados;
- Uma sala de trabalho de enfermagem;
- Um balcão administrativo;
- Uma sala de pausa para os profissionais de saúde;
- Três casas de banho, uma para os profissionais e duas para os doentes;
- Duas zonas de duche para os doentes;
- Um armazém avançado de material clínico;
- Uma sala para lavagem e desinfeção de materiais;
- Um gabinete médico;
- Um armazém para dispositivos médicos;
- Três enfermarias de seis camas;

- Três enfermarias de três camas;
- Dois quartos de isolamento, um com duas camas e outro apenas com uma, ambos com casa de banho privativa;
- Um armário com soros;
- Um armário com material hoteleiro e de reabilitação;
- Um armário com roupa.

1.2.2. Recursos materiais e equipamentos

Relativamente aos materiais equipamentos clínicos, o serviço de Medicina II dispõe de:

- Um carro de emergência;
- Quatro Monitores cardíacos;
- Oito Bombas de alimentação entérica;
- Seis Bombas infusoras;
- Cinco Seringas infusoras B-braun;
- Seis Monitores de tensão arterial;
- Um oxímetro portátil;
- Um aspirador de secreções portátil;
- Dois Ventiladores Não Invasivos;
- Rampas de ar comprimido, de oxigénio e de vácuo em todas as unidades dos doentes;
- Um pequeno stock de medicamentos para utilizar em caso de urgência e quando a farmácia está fechada, uma vez que o sistema de fornecimento de medicação é por unidose.
- Quatro Colchões de pressão alternada;
- Um carro de material de penso;
- Duas cadeiras de banho;
- Uma maca;
- Um andarilho;
- Um tripé;
- Um disco de transferência;
- Um cinto de transferência;
- Um *Tranfer* de doentes;
- Uma tábua de transferência;
- Um bastão para aberturas costais durante a reeducação funcional respiratória;

- Uma banda elástica de compressão média para fortalecimento muscular e aberturas costais;
- Dois cofres, um para armazenamento de benzodiazepinas e outro para estupefacientes;
- Os restantes materiais utilizados para a prestação de cuidados encontram-se nos armários supracitados.

1.2.3. Recursos humanos

O serviço dispõe de vinte e três enfermeiros, dos quais um é o enfermeiro chefe, dois são enfermeiros Especialistas em Reabilitação (um dos quais substitui o chefe na sua ausência) e um é Especialista em Saúde Comunitária; Catorze assistentes operacionais e um assistente administrativo, para além de uma equipa médica formada por Diretor Clínico, médicos assistentes e médicos internos de especialidade e funcionários dos serviços de higiene e limpeza.

Os enfermeiros estão distribuídos pelos turnos da manhã, tarde e noite da seguinte forma: cinco/seis enfermeiros no turno da manhã, três enfermeiros no turno da tarde e dois enfermeiros no turno da noite. No que respeita aos assistentes operacionais estes encontram-se divididos em número de quatro no turno da manhã, havendo ainda um elemento extra durante a semana que não presta cuidados diretos aos doentes, dois no turno da tarde e um no turno da noite.

2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A saúde é fundamental para que haja o desenvolvimento dos indivíduos e das populações. Desta forma, é possível que estes vejam aumentada a sua capacidade de adaptação às mudanças.

Embora a definição de saúde varie no espaço e no tempo, de acordo com os valores da sociedade e com as circunstâncias, esta deve ser sempre encarada como um meio para promover qualidade de vida.

A Agenda Global de Saúde, da Organização Mundial de Saúde [OMS], apela a uma maior visibilidade política da saúde, sublinhando que esta deve ter repercussão quer na agenda económica (produtividade global dos países), quer na agenda da justiça social, argumentando que a saúde é um valor e um direito humano. A Estratégia Saúde 2020 fortalece esta visão, «Saúde em todas as políticas», uma estratégia recomendada pela OMS, implica setores como os da economia e do emprego, dos transportes, da gestão do território e da cultura, da educação e da infância, da agricultura e da alimentação, dos ambientes e da sustentabilidade (Loureiro, Miranda & Miguel, 2013).

Nas últimas décadas há registo de grandes alterações a nível da sociedade, desta forma, as políticas de saúde, a prática clínica e a investigação científica deparam-se com grandes desafios. As alterações demográficas, os comportamentos/ estilos de vida pouco saudáveis, os acidentes de viação e trabalho, e o progressivo aumento da incidência/prevalência de pessoas com doenças crónicas, representam custos a nível pessoal, familiar, profissional, social e económico cada vez mais elevados, tendo muitas vezes repercussões na sua qualidade de vida (Vieira & Sousa, 2016).

O envelhecimento da população portuguesa é hoje uma realidade, relacionado com o declínio da natalidade, mas também com o aumento da esperança de vida, levando assim a um progressivo acréscimo das doenças crónicas, que originam dependência a nível físico, emocional e social. A perda de função física, cognitiva e social diminui gradualmente o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa.

As doenças cardiovasculares onde se inclui o Acidente Vascular Cerebral (AVC) constituem a causa de morte mais pertinente em toda a Europa, incluindo Portugal (Direção Geral da Saúde [DGS], 2014).

De uma forma global, apesar de se assistir a uma melhoria de todos os indicadores sobre doenças cérebro-cardiovasculares, a mortalidade total situa-se abaixo dos 30% relativamente

a anos anteriores, mantêm-se como a principal causa de mortalidade e de incapacidade em Portugal, que por norma deixa inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo a funcionalidade do indivíduo particularmente no que se refere à independência nas atividades de vida diária (AVD), justificando-se que se mantenham no topo das prioridades no que se refere ao planeamento em saúde (DGS, 2016).

Nem sempre se consegue descobrir a causa do AVC, mas sabe-se que estes ocorrem com mais frequência em pessoas com hipertensão arterial, com hipercolesterolemia, com diabetes, fumadoras, obesas, sedentárias ou com patologia cardíaca (DGS, 2001).

Mundialmente, a mortalidade provocada por AVC varia entre os 20 e os 250/100.000 habitantes/ano, sendo que mais de 85% dos mesmos ocorrem em países mais pobres e com menos recursos, devido à dificuldade no acesso a cuidados de saúde (Sá, 2009).

Segundo a Sociedade Portuguesa do AVC (2012) em Portugal a cada cinco minutos ocorre um AVC e a cada hora morrem dois portugueses com a doença. Contudo, metade dos indivíduos que sobrevivem a um AVC ficam com incapacidade parcial e uma em cada seis pessoas terá um AVC ao longo da vida.

O Acidente Vascular Cerebral é a primeira causa de morte em Portugal, sendo que a taxa de mortalidade atinge os 118,2 por 100.00 habitantes por ano, 17,8 são de origem hemorrágica e 61,3 de origem isquémica, tal como mostra o Quadro n. °1.

Quadro n. °1: Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares, Portugal Continental, 2013

DOENÇAS CEREbroVASCULARES			
	Total (CID 10: I60-I69)	AVC hemorrágico (CID 10: I60-I62)	AVC isquémico (CID 10: I63-I66)
Número de óbitos	11.751	1.773	6.099
Taxa de mortalidade	118,2	17,8	61,3
Taxa de mortalidade padronizada	54,6	9,8	27,3
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	7,8	3,7	2,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	11,3	4,5	4,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	433,2	59,7	228,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	630,2	80,6	335,6

Taxas: por 100.000 habitantes.

Fonte: DGS (2016)

Para além disso ainda podemos observar que existe uma maior prevalência destas doenças acima dos 65 anos com uma taxa de mortalidade de 433,2 por 100.000 habitantes.

Relativamente ao sexo masculino tal como mostra o Quadro n. °2 podemos verificar que existe uma maior incidência de doenças cerebrovasculares no sexo feminino bem como uma maior taxa de mortalidade.

Quadro n.º 2: Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade relativos a oclusão das artérias cerebrais, por sexo e segundo grupo etário, Portugal Continental (2013 e 2014)

OCCLUSÃO DAS ARTÉRIAS CEREBRAIS														
Masculino														
Grupo etário	Utentes saídos		Dias Internamento		Demora Média		Day Cases		Demora Médias sem DC		Ambulatório		Óbitos	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
<18 anos	11	6	83	58	7,5	9,7	0	0	7,5	9,7	0	0	...	0
18-39 anos	107	110	1068	1164	10,0	10,6	...	...	...	...	0	0	0	4
40-64 anos	2.445	2.359	26.573	27.327	10,9	11,6	35	28	11,0	11,7	0	0	109	101
65-79 anos	4.126	4.057	47.370	51.119	11,5	12,6	39	42	11,6	12,7	0	0	373	401
80 ou +anos	3.132	3.114	41.011	40.012	13,1	12,8	28	25	13,2	13,0	0	0	549	489
Feminino														
Grupo etário	Utentes saídos		Dias Internamento		Demora Média		Day Cases		Demora Médias sem DC		Ambulatório		Óbitos	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
<18 anos	4	6	64	37	16,0	6,2	0	0	16,0	6,2	0	0	0	...
18-39 anos	131	112	1608	1377	12,3	12,3	...	5	...	12,9	0	0	...	...
40-64 anos	1.239	1.175	13.392	13.833	10,8	11,8	23	21	11,0	12,0	0	0	45	53
65-79 anos	3.695	3.476	45.076	43.128	12,2	12,4	24	22	12,3	12,5	0	0	348	322
80 ou +anos	5.426	5.382	65.281	70.452	12,0	13,1	40	31	12,1	13,2	0	0	928	913

Fonte: DGS (2016)

Após o acidente vascular cerebral 50% dos doentes que sobrevivem a este acontecimento ficam com limitações ao nível das AVD refletindo-se em alterações da motricidade, discurso, emoções e mesmo na memória, predispondo os doentes a graves riscos de saúde e de bem-estar (Martins, 2006). Todas estas alterações têm um forte impacto na sociedade, com alterações significativas ao nível do estado de saúde dos doentes afetados por esta patologia (Rua, 2012).

Para que a reabilitação na fase aguda atinja os melhores resultados, é necessária a conjugação de esforços de equipas multidisciplinares, em que todos os membros dessa equipa tenham uma meta comum, de modo a que o programa de reabilitação se torne realmente eficiente. Os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto e técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar (Menoita, 2012).

De acordo com *European Stroke Initiative* [EUSI] (2003), a reabilitação deve iniciar-se o mais precocemente possível (Nível de Evidência I), pois só desta forma existe a possibilidade de diminuir o número de doentes que ficam dependentes após o AVC. No entanto, a intensidade do programa de reabilitação depende do estado do doente e do grau de incapacidade do mesmo (Nível de Evidência II). Caso não seja possível uma reabilitação

ativa, devido por exemplo ao estado de consciência do doente, dever-se-á realizar uma reabilitação passiva de forma a minimizar o risco de contraturas, dor articular, úlceras por pressão e patologias do foro respiratório devido à imobilidade.

Estima-se ainda que quanto maior for a intensidade da reabilitação, especialmente o tempo destinado às AVD maiores serão os resultados (European Stroke Organization, 2008).

O AVC é uma doença que requer a institucionalização do doente a longo prazo, diminui a qualidade de vida e concorre para elevados encargos a nível social e económico (Kuller, 2001). O objetivo da reabilitação permite ao doente lidar e ultrapassar a sua incapacidade e tornar-se o mais independente possível.

Os doentes com AVC internados são encaminhados para os Serviços de Medicina ou Neurologia, onde os cuidados são sobretudo orientados para a fase aguda, ou seja, os cuidados orientados para a reabilitação não têm sido tão valorizados quanto seria desejável.

A realidade tem demonstrado que os doentes com AVC, dispersos por várias enfermarias, não dispõem de cuidados especializados por equipas multidisciplinares.

Perante o aumento de pessoas incapacitadas após o AVC, há necessidade de equacionar as novas abordagens ao problema que passam por melhores cuidados durante o internamento. Vários estudos têm demonstrado que novas formas organizativas dos serviços contribuem para mais ganhos de saúde tais como menor mortalidade e incapacidade (DGS, 2001).

3. METODOLOGIA

3.1. SELEÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:64):

“A existência desta etapa esta diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias) ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridade) e como deve ser resolvido (estratégias)”.

No entanto, o principal problema nesta etapa é o carácter subjetivo que esta acarreta. Desta forma, esta subjetividade é superada pela explicação dos critérios utilizados na escolha, objetivando o valor e limitações do plano. O trabalho realizado pelo CENDES e pelo Bureau Regional da OMS para as Américas utiliza então três critérios que se tornariam clássicos: a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade (Imperatori & Giraldes, 1993).

A OMS distingue três tipos de AVC: isquémico, de hemorragia intracerebral e de hemorragia subaracnoide (Quadro n.º 3).

Quadro n.º 3: Tipos de AVC

Tipo de AVC	Causas
Isquémico	Oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo formado directamente no local da oclusão (AVC isquémico trombótico) ou em outra parte da circulação, que segue pela corrente sanguínea até obstruir artérias no cérebro (AVC isquémico ou embólico).
Hemorragia intracerebral	Sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral. (Observação: Pode ser mais prevalente nos países em desenvolvimento, possivelmente devido a dieta, actividade física, tratamento inadequado de hipertensão arterial e predisposição genética).
Hemorragia subaracnoide	Hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnóide. (Observação: Os sintomas característicos são a ocorrência súbita de cefaleia muito intensa e geralmente comprometimento da consciência).

Fonte: OMS (2009)

O AVC isquémico, segundo os estudos epidemiológicos, é o mais frequente,

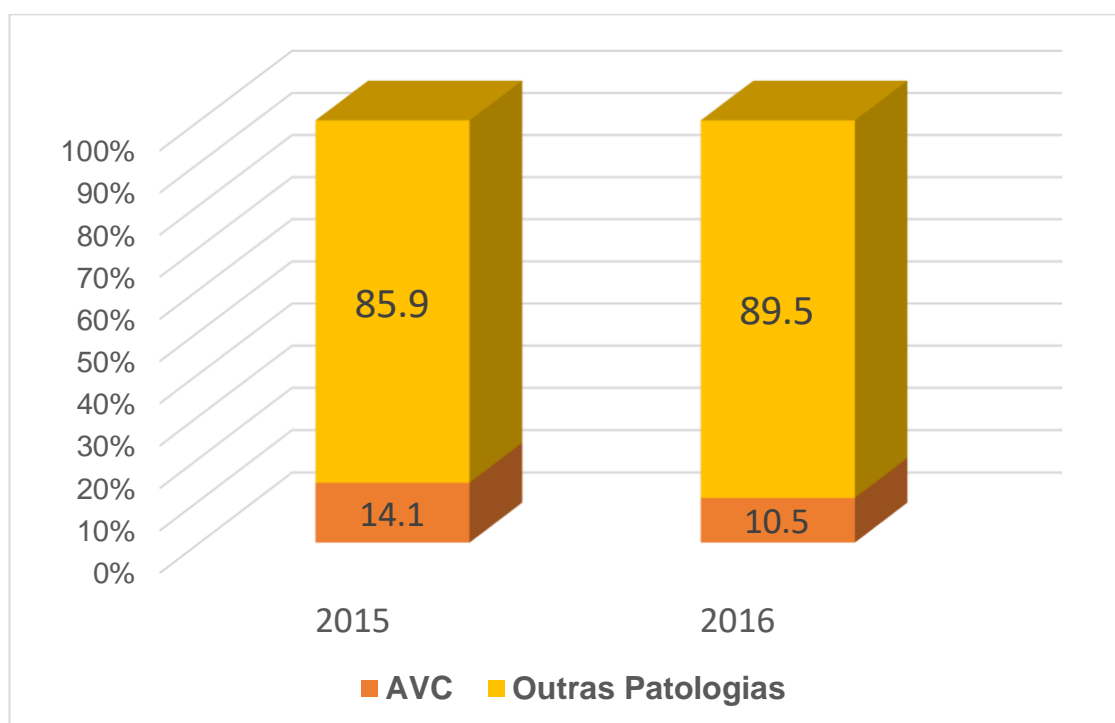
aparecendo numa percentagem de 80% relativamente ao AVC hemorrágico que surge numa percentagem de 20% (Augusto, 2002).

A elevada prevalência de fatores de risco que podem ser de origem genética ou da adoção de estilos de vida mais ou menos saudáveis, acarreta a necessidade de prestar uma especial atenção à sua prevenção, deteção e correção. Apesar dos inúmeros avanços ao nível da prevenção e intervenção no AVC, este continua a causar grande impacto na sociedade, sendo classificado como a doença crónica mais incapacitante (Ferreira, 2014).

De modo a atingir o objetivo deste projeto, ou seja, prestar cuidados especializados de reabilitação a doentes com AVC, tornou-se necessário optar apenas por um tipo de AVC devido à condicionante de tempo disponível. Desta forma, apesar de já usufruir de dados nacionais de qual o tipo mais frequente, optei por saber se no serviço onde trabalho os dados vão ao encontro dos dados nacionais, ou não, e daí tirar as minhas conclusões.

Através de um pedido formal, via email, pedi os dados relativos a internamentos de doentes com AVC, qual a percentagem de doentes internados relativamente à totalidade de doentes internados com outras patologias, número de internamento de AVC isquémicos e hemorrágicos relativamente aos anos 2015 e 2016. No mesmo pedido achei também pertinente saber a média de dias de internamento dos mesmos e a prevalência de ambos os sexos.

Gráfico n.º 1: Internamentos de AVC e Outras Patologias no Serviço de Medicina II

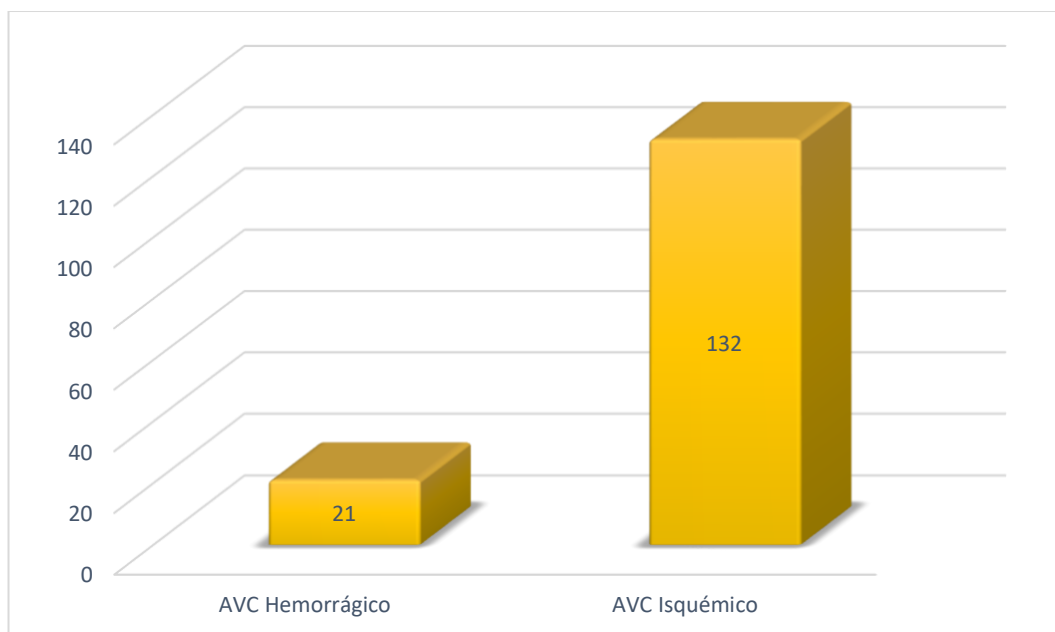


Fonte: Serviço de Codificação da ULSBA (2017)

De acordo com os dados fornecidos pelo Serviço de Codificação da ULSBA (2017) de

entre os 1085 internamentos que ocorreram no serviço de medicina II no ano 2015, 153 foram codificados com o diagnóstico clínico de AVC correspondendo a uma percentagem de 14,1% relativamente a outras patologias (85,9%). Em 2016 podemos contar com uma pequena descida destes valores, no entanto, apesar do número de internamentos ser maior, 1169, 123 foram codificados com o diagnóstico clínico de AVC correspondendo a uma percentagem de 10,5%.

Gráfico n. º2: Doentes Internados com AVC em 2015 no Serviço de Medicina II



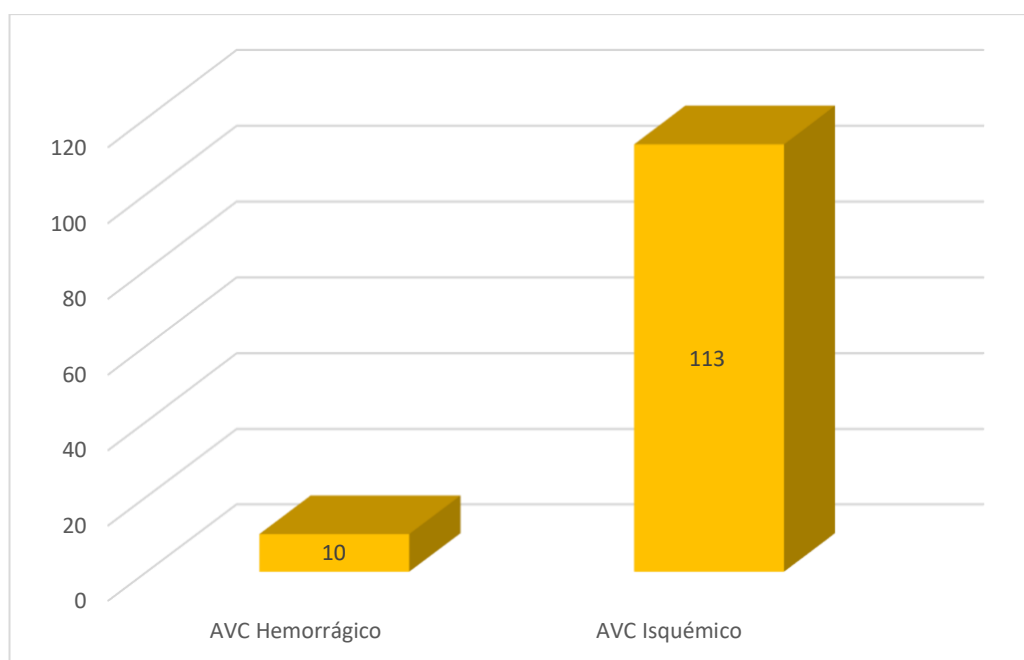
Fonte: Serviço de Codificação da ULSBA (2017)

Através dos dados supramencionados Gráfico n. º2, podemos verificar que durante o ano de 2015 tiveram internados no serviço de medicina II 153 doentes com o diagnóstico clínico de AVC, 132 de origem isquémica o que perfaz um total de 86,27% e 21 de origem hemorrágica perfazendo 13,73%.

Relativamente ao ano de 2016, podemos constatar que apesar de no total terem sido internados 123 doentes com o diagnóstico clínico de AVC houve uma ligeira descida relativamente ao ano de 2015, menos 30 doentes internados na totalidade, com diminuição também em ambos os tipos de AVC, com um total de 113 (91,87%) para os AVC isquémicos menos 19 que em 2015 e 10 (8,13%) para os AVC hemorrágicos menos 11 que no ano transato.

No entanto, podemos concluir que os dados vão ao encontro dos dados nacionais, verificando-se uma maior prevalência dos AVC isquémicos em detrimento dos AVC hemorrágico e com uma discrepância bastante significativa.

Gráfico n.º 3: Doentes Internados com AVC em 2016 no Serviço de Medicina II



Fonte: Serviço de Codificação da ULSBA (2017)

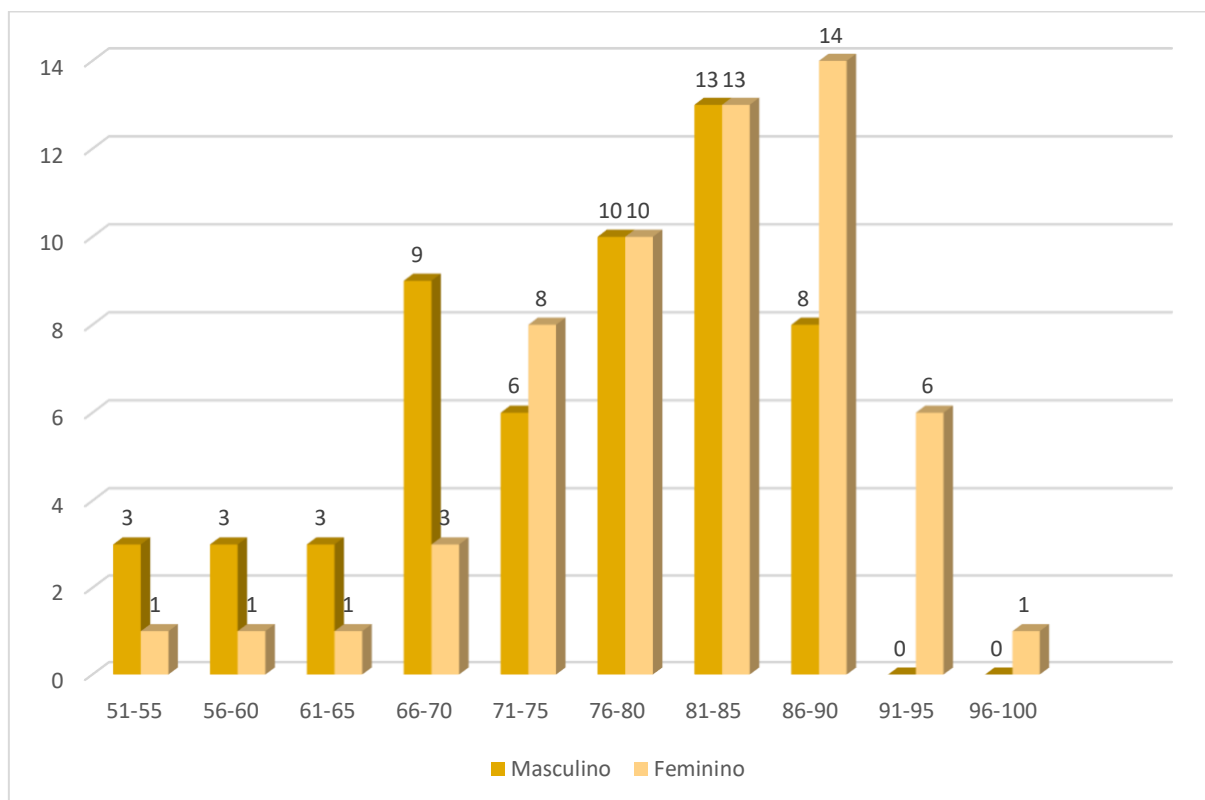
Posteriormente foi feita uma pesquisa para saber a distribuição dos doentes com AVC isquémico no serviço de medicina II por Sexo e Faixa Etária, tabela n.º 1, para, mais uma vez, comparar com dados nacionais podendo ao não concluir se a tendência no serviço estudado está em concordância com esses dados ou não. Para não se tornar exaustivo, apresentarei apenas dados de 2016.

Tabela n.º 1: Distribuição dos doentes com AVC isquémico no Serviço de Medicina II por Sexo e Faixa Etária

Classe de Idades	Masculino	Feminino
51-55	3	1
56-60	3	1
61-65	3	1
66-70	9	3
71-75	6	8
76-80	10	10
81-85	13	13
86-90	8	14
91-95	0	6
96-100	0	1
Total	55	58

Fonte: Serviço de Codificação da ULSBA (2017)

Gráfico n.º 4: Distribuição dos doentes com AVC isquémico no Serviço de Medicina II por Sexo e Faixa Etária



Fonte: Serviço de Codificação da ULSBA (2017)

De acordo com os dados demonstrados no gráfico n.º 4 também a predominância do AVC isquémico ocorre a partir dos 65 anos e no sexo feminino, indo de encontro aos dados nacionais.

A demora média de internamento hospitalar é um indicador importante uma vez que permite avaliar a eficiência e os indicadores de qualidade dos estabelecimentos de saúde (Fernandes, 2011).

Segundo a Portaria n.º 234/2015 de 7 de Agosto o AVC tem uma média de internamento de 8,01 dias representando uma diária de internamento calculada em 701,15 euros para um nível de severidade 1 (Ministério da Saúde, 2015b).

De acordo com os dados fornecidos pelo Serviço de Codificação da ULSBA a demora média de internamento dos doentes com AVC em 2015 foi de 12,54 dias e em 2016 foi de 11,3 dias, ou seja, superior aos dados nacionais.

Resumido, tal como mostra a Tabela n.º 2, no ano 2016 foram internados no serviço de medicina II, 123 doentes com AVC Isquémico, 55 eram do sexo masculino e 58 do sexo feminino. A média de idades de todos os doentes foi de 78,23 sendo que o sexo masculino teve uma média de idades inferior (75,16) ao sexo feminino (81,14). Nos homens houve um mínimo de idades de 53 anos e nas mulheres de 55 anos. O máximo de idade nos homens

foi de 90 anos e nas mulheres 98 anos. A média de dias de internamento foi de 11,23 sendo ligeiramente superior no sexo feminino (12,27) comparativamente ao sexo masculino (10,2).

Tabela n.º 2: Distribuição da dos doentes por sexo, idade e dias de internamento

Sexo		Idade	Dias de Internamento
Masculino	N	55	55
	Média	75,16	10,2
	Mínimo	53	1
	Máximo	90	34
Feminino	N	58	59
	Média	81,14	12,27
	Mínimo	55	1
	Máximo	98	74
Total	N	123	123
	Média	78,23	11,3
	Mínimo	53	1
	Máximo	98	74

Fonte: Serviço de Codificação da ULSBA (2017)

Desta forma, é minha prioridade intervir nos doentes internados com o diagnóstico clínico de AVC isquémico pelas razões supracitadas justificadas à luz dos critérios da **Magnitude**, **Transcendência** e **Vulnerabilidade**.

3.2. OBJETIVOS

A demora média dos dias de internamento continua a ter grande impacto relativamente à saúde e bem-estar dos doentes, não só porque o prolongamento desnecessário da duração do internamento aumenta o risco de infeções nosocomiais (Henderson, 2006), como também está associada a um consumo desnecessário de recursos aumentando as despesas com a saúde.

Segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 2008, estima-se que a média de gastos duplicará até 2050 caso não sejam adotadas medidas políticas. Desta forma, torna-se impreterível o controlo de gastos através da implementação de medidas que aumentem a eficiência.

No entanto, as despesas em saúde não podem ser separadas dos ganhos em saúde e

os hospitais, mesmo que muitas vezes sejam considerados estruturas consumidoras de grande parte dos recursos, têm uma importância crucial no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Desta forma, há que haver um investimento nos hospitais por forma a maximizar os ganhos em saúde, garantindo simultaneamente que os serviços sejam capazes de satisfazer as necessidades dos doentes (Escoval, Fernandes, Santos & Matos, 2010). É desta forma, que a ER constitui-se como uma área de intervenção clínica reconhecida, dando respostas às necessidades reais da população contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática.

O EEER, baseado nos problemas reais e potenciais da pessoa, concebe, implementa e monitoriza planos de ER diferenciados de modo a maximizar o seu potencial, promovendo a saúde e prevenindo complicações secundárias (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

No entanto, não só a diminuição dos dias de internamento e a diminuição dos gastos é importante, ou seja, tal como foi referido anteriormente, também os ganhos em saúde e o retorno do doente ao seu lar com o maior grau de autonomia possível têm uma importância crucial. Ser portador de incapacidade física compromete não só o próprio indivíduo como também os familiares/cuidadores que lhe são mais próximos.

Neste sentido, a enfermagem tem um papel fundamental logo desde o primeiro dia de internamento até ao momento da alta, evitando e controlando situações que possam suceder.

As principais consequências de um AVC relacionam-se com a mobilidade. De um modo geral, os estudos que abordaram a incapacidade funcional apontam que a principal consequência para o doente é necessitar de ajuda para as AVD como alimentação, higiene pessoal, locomoção e mobilização em geral.

A capacidade funcional, refere-se à autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do seu quotidiano de vida e lhe garantem a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário.

Em suma tendo por base todo o contexto real anteriormente descrito, surge a seguinte questão:

Quais os fatores que influenciam a duração do internamento hospitalar de doentes com AVC isquémico?

Tendo como pano de fundo esta questão, proponho como:

Objetivos gerais:

- Analisar o efeito das determinantes de contexto sociodemográfico e clínicas sobre a demora média de dias de internamento hospitalar após AVC isquémico;

- Analisar se a intervenção precoce dos enfermeiros de reabilitação contribui para a alteração da demora média de internamento hospitalar dos doentes com AVC isquémico. comparar a evolução do nível de capacidade funcional do doente com AVC na fase aguda e no momento da alta;

3.3. MATERIAIS E MÉTODOS

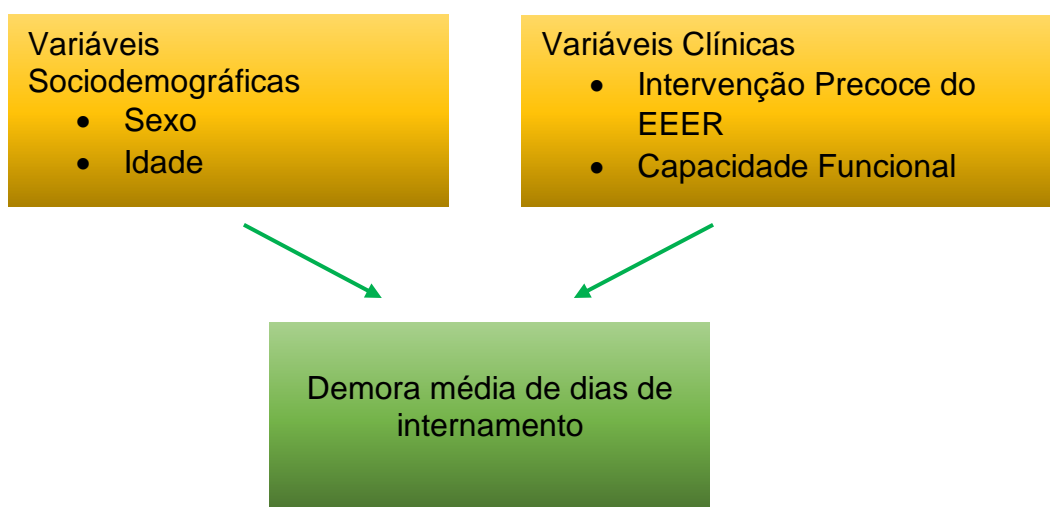
Sendo minha intenção adequar a seleção do instrumento metodológico ao problema que pretendo estudar, ao objeto de pesquisa, aos objetivos delineados e a outros elementos que possam surgir durante a investigação, este capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da mesma.

O presente trabalho de projeto trata-se de um estudo correlacional, na medida em que se procura verificar a natureza das relações que existem entre determinadas variáveis; de natureza quantitativa uma vez que tem como finalidade descrever, verificar relações entre variáveis e analisar se houve mudança na variável dependentes após a manipulação da variável independente (Fortin, 2009).

Relativamente às variáveis, considero a demora média de dias de internamento como a variável dependente. Como variáveis independentes defini as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) bem como as variáveis clínicas (intervenção precoce do EEER, capacidade funcional do doente com AVC isquémico).

Como benefícios deste estudo, saliento a sensibilização para a necessidade de cuidados por parte dos EEER aos doentes com AVC isquémico e a relação desses cuidados com a demora média de internamento hospitalar bem como a evolução da funcionalidade dos doentes após esses cuidados.

Figura n.º 2: Variáveis do estudo



3.3.1. Participantes

Tratando-se de um projeto de estágio não sei o número concreto de doentes que irei ter internados no serviço. No entanto, pretendo trabalhar com todos os doentes internados no serviço de Medicina II da ULSBA, com o diagnóstico clínico de AVC Isquémico, no período de 1 de Outubro de 2017 a 31 de Janeiro de 2018. Recorrendo assim ao processo de amostragem não probabilística do tipo accidental, ou seja, segundo Fortin (2009), os indivíduos vão sendo incluídos no estudo à medida que vão surgindo no local onde o mesmo está a ser realizado.

3.3.2. Instrumentos

A recolha de dados será realizada com recurso a um instrumento de colheita de dados sob a forma de formulário (Anexo I) direcionado aos doentes, salientando-se aspetos como o anonimato e a confidencialidade dos dados.

O instrumento de recolha de dados aplicado é constituído por três secções: a primeira secção é constituída por 3 questões tendo em vista à caracterização da amostra relativamente à idade, sexo, dia de internamento e dia da alta; a segunda secção é constituída uma escala que avalia a capacidade funcional física e motora aferida e validada para a população portuguesa, o Índice de Barthel; a terceira secção é constituída pelo plano de reabilitação que será implementado.

Índice de Barthel

Um dos instrumentos utilizados para avaliação da capacidade funcional para a realização das AVD é o Índice de Barthel (Anexo I) (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Na versão original de Mahoney & Barthel (1965) a pontuação da escala varia de 0-100, em que a pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as AVD e a máxima de 100 equivale à independência total para AVD avaliadas.

No entanto, no sentido de facilitar a interpretação da escala, vários autores têm proposto a subdivisão dos scores total em diferentes categorias (habitualmente quatro ou cinco), no âmbito da prática clínica, parece consensual que a proposta de Granger e colaboradores, citado por Sulter, Steen & Keyser (1999) tem sido a mais utilizada.

Em todo o processo de tratamento e acompanhamento de um doente que sofre um AVC, o enfermeiro deve ser capaz de orientar quanto à realização de exercícios passivos nos membros afetados, exercícios ativos nos membros não afetados, proporcionar mobilização

progressiva e apoiar as extremidades para evitar ou reduzir o edema e a espasticidade. Exercícios de flexibilidade, força, coordenação, resistência e equilíbrio também são importantes, pois mantém a mobilidade articular, recuperam o controlo motor, evitam a deterioração adicional do sistema neuromuscular e estimulam a circulação (OMS, 2007).

3.3.3. Procedimentos

A intervenção do EEER será realizada com a colaboração do meu colega também com a especialidade de reabilitação, uma vez que era incomportável, com as 40 semanais que tenho que cumprir semanalmente no meu local de trabalho, conseguir trabalhar com a mesma intensidade com todos os doentes internados. Para além de que não conseguiria trabalhar o mesmo numero de vezes com os diferentes doentes, pelo que solicitei ajuda ao meu colega que se mostrou bastante entusiasmado com o projeto.

Temos como objetivos trabalhar com os doentes pelo menos cinco dias na semana, incluindo fins de semana, num horário compreendido entre as 8 e as 20h. Para este estudo iremos excluir os doentes que faleçam durante o internamento.

3.3.4. Questões éticas

Antes do início do projeto será enviado ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULSBA um ofício, concretizando formalmente o pedido para aplicação do formulário e concretização do projeto.

Caso seja aceite, será também realizado um pedido de consentimento informado à pessoa doente/cuidador informal para a participação no estudo. Garantindo-se que toda a informação consultada será tratada com toda a privacidade e confidencialidade sendo o anonimato sempre mantido.

3.4. PLANEAMENTO

Como já foi referido anteriormente, a reabilitação envolve um conjunto de procedimentos que têm como principal objetivo o restabelecimento da máxima função perdida pelo doente após ter sofrido um AVC visando restabelecer a máxima funcionalidade do mesmo. Desta forma, o plano de reabilitação deve ser intensivo, envolvendo um trabalho multidisciplinar.

Segundo Glinsky, Harvey & Van Es (2007) o programa de reabilitação deve seguir várias fases. Inicialmente envolver exercícios para controlo dos movimentos do tronco, do ombro e da cintura pélvica, seguindo-se os membros afetados com movimentos passivos, ativos-assistidos e ativos, por esta ordem. Só posteriormente, numa fase em que o doente esteja mais estabilizado se deverá prosseguir para exercícios de fortalecimento muscular com

movimentos resistidos.

No que respeita à obtenção de ganhos com a reabilitação após AVC, estudos mostram que o treino direcionado para AVD, é o que melhor permite obter ganhos mais relevantes demonstrando substanciais aumentos na funcionalidade, até um ano após, sendo, segundo Huijben-Schoenmakers, Gamel & Hafsteinsdóttir (2009) um bom indicador da reabilitação a médio prazo, ao longo desse primeiro ano.

Precocemente o enfermeiro de reabilitação deve incidir na reabilitação funcional com mobilizações, treino de equilíbrio, correção postural, treino de marcha, fortalecimento muscular, cinesiterapia e treino de AVD (Outpatient Service Trialists, 2009).

A sequência dos exercícios deve ser progressiva rodar, sentar, ficar de pé, andar, assim como o estímulo da realização das AVD, como vestir, despir, alimentar, cuidar de sua higiene, de modo a que se torne o mais independente possível.

Desta forma, apesar dos planos de reabilitação serem individualizados, tendo em conta os graus de dependência, com base na avaliação dos défices, iremos fazer um plano base que será reajustado consoante os casos que foram surgindo no internamento (Anexo I).

3.5. AVALIAÇÃO

Para o tratamento dos dados, será utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows na versão 19.0.

Em toda a análise estatística, irei assumir um valor de significância de $p \leq 0,05$ para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor.

4. O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Os enfermeiros gestores têm como objetivo principal a prevenção, o tratamento e a reabilitação das pessoas que têm a seu cuidado, quer através da gestão dos cuidados de enfermagem em geral, quer através da gestão dos serviços e/ou das unidades de saúde às quais pertencem.

Na sua prática clínica o enfermeiro gestor deverá perceber o sistema de saúde bem como qual o impacto deste nos cuidados que são prestados aos utentes que dele fazem parte. Ao mesmo tempo deve planear o seu desempenho de forma a obter respostas, promovendo, concomitantemente, trabalho em equipa, tendo como base a gestão da mudança, valorizando a prestação de cuidados de enfermagem, permanecendo em contínua formação no sentido de dar respostas a novas necessidades e competências (Parreira, 2005).

Geralmente a nomeação de enfermeiros para funções de gestão de serviços de enfermagem baseia-se no recrutamento entre profissionais com experiência clínica de enfermagem e habilitações específicas na área da gestão, geralmente, pós-graduações, para as organizações de saúde.

Já há algum tempo que as competências dos enfermeiros na área da gestão vem a ser trabalhada pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança juntamente com a OE, tendo também especial atenção na mesa do colégio da Especialidade em ER conjuntamente com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, com o objetivo do reconhecimento das competências de gestão dos enfermeiros responsáveis pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde de reabilitação. (Pontes & Santos, 2016).

A liderança, é uma das grandes preocupações da atualidade, sendo o processo de reabilitação único e complexo, torna-se necessário o exercício da liderança na gestão dos processos e dos resultados da sua prática, na garantia da eficiência e eficácia dos cuidados prestados pelos diferentes grupos profissionais nas organizações de saúde.

O EEER deve estimular a qualidade dos cuidados prestados numa perspetiva de melhoria contínua da saúde e qualidade de vida das pessoas, grupos e comunidades. Desta forma, a definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER constitui um instrumento de extrema importância para a promoção da melhoria contínua destes cuidados e um referencial para a reflexão sobre a prática especializada da ER.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER irão identificar

oportunidades de melhoria dos cuidados de ER e influenciar a introdução de mudanças nas políticas e das estratégias em Saúde. O desenvolvimento profissional especializado, combinado na prática clínica, será um contributo facilitador para a criação de dinâmicas de gestão da qualidade dos cuidados de ER, sendo uma mais valia para a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas desta área clínica (Ministério da Saúde, 2015c).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em ER formulados pela OE estabelecem oito categorias de enunciados descritivos – satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem, estando estas associados aos cuidados gerais e aos cuidados especializados em ER (Ministério da Saúde, 2015c).

A avaliação da atividade funcional da pessoa e dos seus diferentes contextos bem como quais as tecnologias mais adequadas a serem usadas para servirem de apoio para a realização das diferentes atividades, são um dos grandes objetivos das equipas de saúde, em especial dos EEER uma vez que é este que acompanha toda a evolução do processo de reabilitação desde a fase aguda até à sua integração na família e na sociedade, tornando-se assim, o gestor da reabilitação global da pessoa (Pontes & Santos, 2016).

Desta forma a *Association of Rehabilitation Nurses* (2014) concorda que o papel do enfermeiro de reabilitação é fundamental para a continuidade dos cuidados. Assim, é de extrema importância que haja um reconhecimento do papel do EEER pelos seus pares para que a qualidade do processo de reabilitação alcance os níveis de excelência e visibilidade desejados (Andrade, Araújo, Andrade, Soares, & Cianca, 2010). Cabe aos enfermeiros gestores, legitimarem esta premissa por forma a melhorar os ganhos em saúde, assim como, aumentar/manter a qualidade de vida da população.

5. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR

Como referi anteriormente na introdução, o presente estágio tem a duração de 155 horas, com início a 12 de Junho a 21 de Julho de 2017. Durante este estágio uma vez que não irei necessitar de empregar as primeiras horas de contacto para realizar um reconhecimento do Serviço de Medicina II e dos recursos que dispõe uma vez que trabalho no referido serviço, pretendo realizar nos primeiros instantes uma reunião com o Enfermeiro Orientador para discutirmos os objetivos do estágio, por forma a que tenhamos uma base comum para este período formativo. Desta forma, o processo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Gestor e a aquisição de competências de mestre será facilitado.

De acordo com a Unidade Curricular Estágio I que pretende desenvolver competências específicas em enfermagem avançada na área da Gestão de Unidade de Saúde, este estágio tem como objetivos:

- Analisar as especificidades das organizações de saúde, no contexto das necessidades das populações e das políticas de saúde;
- Desenvolver competências avançadas no domínio da gestão de serviços de saúde e de cuidados de enfermagem;
- Desenvolver competências avançadas no domínio da gestão dos Recursos Humanos e Materiais.

Desta forma, no sentido de melhor organizar e estruturar os objetivos propostos na unidade curricular para promover o desenvolvimento dos mesmos, suporta-me também do Regulamento n.º 101/2015 (Ministério da Saúde, 2015d), referente ao Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor.

Os domínios da competência acrescida do Enfermeiro Gestor são a Gestão e a Assessoria de Gestão.

Realizado o enquadramento legal e situacional mais relevante, apresento abaixo as competências que pretendo adquirir e desenvolver durante o estágio indo ao encontro dos objetivos propostos para o mesmo.

Quadro n.º 4: Competências do Enfermeiro Gestor no Domínio da Gestão

Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
A1. Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão do Código Deontológico dos Enfermeiros; - Incentivar juntamente com o Enfermeiro orientador a equipa a relembrar os princípios éticos-deontológicos que regem a profissão de enfermagem; - Participar em situações de maior complexidade ética, fundamentando o raciocínio e as decisões em princípios éticos; - Colaborar com o enfermeiro Orientador na deteção de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes e na adoção de medidas que visem a sua prevenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revê o Código Deontológico dos Enfermeiros; - Promove o interesse da equipa a rever os princípios éticos-deontológicos que regem a profissão de enfermagem; - Participa ativamente em situações de maior complexidade ética, fundamentando o raciocínio e as decisões em princípios éticos; - Procura Colaborar com o enfermeiro Orientador na deteção de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes e na adoção de medidas que visem a sua prevenção.

Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
A2. Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a equipa à atualização de normas que contribuam para a melhoria contínua de cuidados de enfermagem; - Garantir juntamente com o Enfermeiro Orientador que as normas implementadas sejam cumpridas; - Assegurar o cumprimento dos padrões de qualidade de cuidados de enfermagem; - Garantir um correto planeamento dos cuidados de enfermagem bem como a sua constante avaliação; - Gerir situações imprevistas e/ou problemáticas no diz respeito aos recursos humanos; - Gerir situações imprevistas e/ou problemáticas no diz respeito aos recursos materiais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a atualização das normas que visem a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem; - Juntamente com o Enfermeiro Orientador tenta garantir que as normas implementadas sejam cumpridas; - Garante que os planeamentos dos cuidados sejam individualizados e avaliados constantemente, sempre que haja necessidade; - Gere situações imprevistas e/ou problemáticas que possam colocar em risco os cuidados de enfermagem relativamente a recursos humanos; - Gere situações imprevistas e/ou problemáticas que possam colocar em risco os cuidados de enfermagem relativamente a recursos materiais;

Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
A3. Gere a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir os recursos humanos consoante as necessidades dos cuidados de enfermagem; - Promover um bom ambiente de trabalho e espírito de equipa, por forma a garantir a satisfação dos profissionais; - Gerir situações de reclamação de clientes/família, aceitando, analisando e propondo a resolução do problema; - Prestar apoio à equipa em situação de crise; - Gerir os recursos materiais consoantes as necessidades dos cuidados de enfermagem; - Garantir que uma gestão de stock adequada para evitar ruturas; - Assegurar que os materiais clínicos estão disponíveis em caso de necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assegura a gestão dos recursos humanos disponíveis, otimizando a sua eficiência, eficácia e produtividade; - Mantém um bom ambiente de trabalho, garantido a satisfação dos trabalhadores; - Gere situações de crise, apoiando a equipa; - Gere os recursos materiais bem como os stocks evitando rutura de materiais; - Assegura que os materiais clínicos estejam disponíveis em tempo útil quando sejam necessários.

Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
A4. Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera	<ul style="list-style-type: none"> - Participar como formador nas ações de formação em serviço; - Incentivar os demais elementos da equipa a participarem como formadores nas ações de formação em serviço; - Planejar ações de formação em serviço; - Colaborar com as Escolas de Enfermagem como Enfermeiro Perceptor nos estágios dos alunos de Enfermagem; - Garantir o apoio à equipa sempre que esta necessite em qualquer situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planeia ações de formação em serviço; - Elabora ações de formação para apresentar à equipa; - Incentiva outros elementos a elaborarem trabalhos que sejam prioritários para a equipa; - Colabora com as Escolas de Enfermagem nos estágios dos alunos de enfermagem.
A5. Promove a investigação e a enfermagem baseada na evidência	<ul style="list-style-type: none"> - Participar em projetos de investigação implicando a equipa; - Mostrar a equipa os resultados dos projetos realizados; - Incentivar a equipa na divulgação dos projetos realizados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participa em projetos de investigação envolvendo a equipa; - Envolve a equipa no tratamento dos dados relativamente à pesquisa; - Incentiva a equipa a divulgar todos os projetos desenvolvidos.

Fonte: Ministério da Saúde (2015d)

Quadro n. º5: Competências do Enfermeiro Gestor no Domínio da Assessoria de Gestão

Competências	Atividades	Indicadores de Avaliação
B1. Desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde	- Realizar estudos de custo/benefício com base na evidência relativa a cuidados de saúde;	- Realiza estudos de custo/benefício com base na evidência relativa a cuidados de saúde;

Fonte: Ministério da Saúde (2015d)

CONCLUSÃO

Os enfermeiros são profissionais de extrema importância na sociedade, por isso é necessário que adquiram ao longo da vida os saberes necessários para produzir a sua própria competência, com qualificações válidas. No processo do cuidar, os enfermeiros libertam energia positiva em pensamentos e sentimentos. Estes estão incumbidos de ajudar os indivíduos a encontrar as suas próprias forças, quer nos desafios do dia-a-dia quer nas adversidades que possam ameaçar a sua integridade (Gottlieb, 2016).

O AVC é uma doença com um grande impacto mundial, com causa de incapacidade funcional relevante, acometendo limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, alterando a dinâmica da vida da pessoa e consequentemente a qualidade de vida da mesma (Menoita, 2012).

Desta forma, a recuperação do doente após AVC tem, para a ER, uma importância primordial sendo considerada uma mais-valia na restituição da função pré- doença, melhorando o seu potencial multidimensional e minimizando a incapacidade e dependência (Cerveira, 2011).

O objetivo da reabilitação está voltado para o restabelecimento da máxima independência possível da pessoa ou recuperação do seu nível de função pré lesão ou pré incapacidade. Desta forma, as atividades de reabilitação iniciadas na fase aguda, logo que a pessoa esteja estabilizada, têm como referência a melhoria da função e a prevenção de uma maior incapacidade devido a complicações secundárias que se possam instalar.

O sucesso no programa de reabilitação da pessoa com AVC depende de um crescimento lento, repetitivo, persistente e com rotinas repetitivas que não devem ir além das capacidades individuais de cada indivíduo (Branco & Santos, 2010).

Em suma, a implementação deste projeto será o primeiro passo de um longo caminho a percorrer, para que existam enfermeiros de reabilitação no serviço de medicina II a trabalhar exclusivamente na sua área de atuação.

Tratando-se de um projeto há que ter em conta que alguma das etapas podem ter que ser reajustadas consoante as necessidades assim o exijam.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, L., Araújo, E., Andrade, K., Soares, D. & Cianca, T. (2010, Novembro-Dezembro). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 1056-1060. Acedido a 30 de Junho de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf>
- Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A. & Pinto, C. (2007, Julho-Dezembro). Validação do Índice de Barthel numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. *Revista de Saúde Pública Portuguesa*, 2 (25), 59-66. Acedido a 28 de Junho de 2017 em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf
- Arco, A.; Costa, A; Pinto, B; Martins, M. & Arriaga, M. (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Portalegre: Escola Superior Saúde de Portalegre
- Association of Rehabilitation Nurses, (2014). *Role Descriptions, the Rehabilitation Admissions Liaison Nurse*. Acedido em 30 de Junho de 2017 em <http://www.rehabnurse.org/pubs/role/Role-Rehab-Admissions-Liaison-Nurse.html>
- Augusto, M (2002). A Incidência do Acidente Vascular Cerebral. *Acta Médica Portuguesa*, (15), 23-27 Acedido a 23 de Junho de 2017 em www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1911/1479+%&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt
- Branco, T & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau
- Cerveira, J. (2011). *Independência Funcional nos doentes com AVC: Determinantes socio-demográficas e clínicas*. Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a 29 de Junho de 2017 em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1616/1/CERVEIRA%20Joel%20Andrade%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). *Portugal- Doenças cérebro-cardiovasculares em*

- números- 2015. Programa Nacional para as doenças cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2014). *Portugal- Doenças cérebro-cardiovasculares em números- 2013*. Programa Nacional para as doenças cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral da Saúde: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 29 de Junho de 2017 em <https://www.dgs.pt/...dgs/normas...normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2001). *Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Escoval, A; Fernandes, A.; Santos, A. & Matos, T. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Cuidados de Saúde Hospitalares*. Lisboa: Ministério da Saúde
- European Stroke Initiative – EUSI (2003). *AVC Isquémico – Profilaxia e Tratamento*. Alemanha. Acedido a 24 de Junho de 2017 em http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf
- European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee (2008). Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. *Cerebrovasc Diseases*, 5 (25), 457–507. Acedido a 24 de Junho de 2017 em <http://sci-hub.cc/10.1159/000131083>
- Fernandes, J. (2011) Demora média de internamento hospitalar. Consultado em 23 de Junho de 2017 em: <http://estadovigil.wordpress.com/author/jvarandas/>
- Ferreira, M. (2014). *Doente com AVC: Ganhos na Qualidade de Vida após Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Escola Superior de Saúde), Viana do Castelo. Acedido a 24 de Junho de 2017 em www.repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1290/1/Mariline_Ferreira.pdf
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Editora Lusociência.
- Glinsky, J.; Harvey, L. & Van Es, P. (2007, Julho). Efficacy of electrical stimulation to increase muscle strength in people with neurological conditions: a systematic review. *Physiotherapy Research International*, 12 (3), 175-194. Acedido a 28 de Junho de 2017 em <http://integraronline.com.br/admin/download/20100301171329.pdf>

- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: Lusodidacta
- Henderson, D. (2006, Junho). Managing Methicillin-Resistant Staphylococci: A Paradigm for Preventing Nosocomial Transmission of Resistant Organisms. *American Journal of Medicine*, 6 A(119), S45-S52. Acedido a 26 de Junho de 2017 em <http://scihub.cc/10.1016/j.amjmed.2006.04.002>
- Huijben-Schoenmakers M.; Gamel, C & Hafsteinsdóttir, T. (2009, Março) Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day? *Clinical Rehabilitation*, 23, 1145-1150. Acedido a 29 de Junho de 2017 em https://www.academia.edu/30474100/Filling_up_the_hours_how_do_stroke_patients_on_a_rehabilitation_nursing_home_spend_the_day
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3.a edição)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- JM Madeira (2012). *Pobreza “acentua-se” no baixo Alentejo e afeta mais jovens e idosos*. Acedido a 23 de Junho de 2017 em <http://arquivo.jm-madeira.pt/artigos/pobreza-%E2%80%9Cacentua-se%E2%80%9D-no-baixo-alentejo-e-afeta-mais-jovens-e-idosos>
- Kuller, L. (2001). Prevention of Cardiovascular disease and the future of cardiovascular disease epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, (30). 66-72
- Loureiro, I.; Miranda, N. & Miguel, J. (2013, Junho-Dezembro). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1 (31), 23-31 Acedido a 20 de Junho de 2017 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v31n1/v31n1a04.pdf>
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation : the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61. Acedido a 28 de Junho de 2017 em <https://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/cicelysaunders/attachments/Tools-BI-Functional-Evaluation-The-Barthel-Index.pdf>
- Martins, T (2006). *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

- Ministério da Saúde (2015a). Decreto-Lei n.º 12/15 de 26 de Janeiro. *Diário da República*, 1ª série, n.º 17, 542-569. Acedido a 23 de Junho de 2017 em <https://dre.pt/application/file/a/66325285>
- Ministério da Saúde (2015b). Portaria n.º 234/2015 de 7 de Agosto. *Diário da República*, 1ª série, n.º 153, 5516-5654. Acedido a 26 de Junho de 2017 em http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F1071041-A28D-4B06-8CB5-D640D1D60D80/41680/Port234_2015PreosSNS.pdf
- Ministério da Saúde (2015c). Regulamento 350/2015 de 22 de Junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, n.º 119, 1655-1660. Acedido a 30 de Junho de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Ministério da Saúde (2015d). Regulamento 101/2015 de 10 de Março: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República*, 2ª série, n.º 48, 5948-5952. Acedido a 1 de Julho de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Ministério da Saúde (2008). Decreto-Lei n.º 183/08 de 4 de Setembro. *Diário da República*, 1ª série, n.º 171, 6225-6233. Acedido a 23 de Junho de 2017 em <https://dre.pt/application/file/453939>
- Ministério das Finanças e das Obras Públicas (1963). Decreto-Lei n.º 45 226/63 de 4 de Setembro. *Diário do Governo*, 1ª série, n.º 208, 1423-1426. Acedido a 24 de Junho de 2017 em <https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/1963/09/20800.PDF>
- Neves, C. (2014). *Intervenções de enfermagem na promoção da autonomia/independência face ao autocuidado após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde do Porto. Acedido a 30 de Março de 2018 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9492/1/Dissertação%20MER%20de%20Cátia%20Neves.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 21 de Junho de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2007). *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde*. Porto: Editora Artmed.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2009). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Genebra, Organização Mundial da Saúde. Acedido a 24 e Junho de 2017 em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- Outpatient Service Trialists (2009). Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home (Review). *The Cochrane Collaboration*, Issue 1
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Pontes, M. & Santos, A. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (1ª edição – pp. 89-100). Loures: Lusodidacta.
- Rua, M. (2012). *Qualidade de vida do doente após acidente vascular cerebral*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu Acedido a 24 de Junho de 2017 <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1659/1/RUA%20Maria%20Augusta%20Goncalves%20Alves%20-%20Diss%20mestrado.pdf>
- Sá, M. (2009). *Neurologia Clínica Compreender as Doenças Neurológicas*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa
- Serviço Codificação ULSBA (2017). Dados Estatísticos Relativamente ao Internamento de Doentes com Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Medicina II, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2015-2016.
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2012). Novos corpos sociais. Triénio 2012-2015. 2ª Reunião das Unidades de AVC. 7º Congresso Português do AVC. *Newsletter SPAVC*. 1-4.
- Sulter, G.; Steen, C. & Keyser, J. (1999). Use of the Barthel index and ranking scale in acute stroke trials. *Stroke*, 30 (8), 1538-1541. Acedido a 27 de Junho de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10436097>
- ULSBA (2016a). *Relatório e Contas 2016 da Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo*. Acedido a 23 de Junho de 2017 em <http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsba/wp-content/uploads/sites/15/2017/05/rg-2016.pdf>
- ULSBA (2016b). *Plano de actividades e orçamento 2016 da Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo*. Acedido a 23 de Junho de 2017 em

http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsba/wp-content/uploads/sites/15/2017/01/PBG_Plano_de_Atividades_e_Orcamento_2016.pdf

ULSBA (2016c). *Cuidados de Saúde Hospitalares*. Acedido a 23 de Junho de 2017 em <http://www.ulsba.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares-3-2/> ULSBA (2015a). *Caracterização da Entidade da Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo*. Acedido a 23 de Junho de 2017 em <http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsba/wp-content/uploads/sites/15/2017/04/id-ulsba-2015.pdf>

ULSBA (2015b). *Missão, Atribuições e Legislação da Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo*. Acedido a 20 de Junho de 2017 em <http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsba/wp-content/uploads/sites/15/2017/04/id-ulsba-2015.pdf>

Vieira, C. & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação Á Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta

ANEXOS

Anexo I- Instrumento de Colheita de Dados

Unidade Local Saúde Baixo Alentejo – Serviço Medicina II

1. Formulário n.º _____

2. Sexo:

☐1 Masculino

☐2 Feminino

3. Idade: _____

4. Data internamento no serviço de medicina II: ____/____/____

5. Data alta do serviço de medicina II: ____/____/____

6. Dias de programa de reabilitação: _____

Índice de Barthel		
	24h	Alta
1 Alimentação		
Independente	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
2 Transferências		
Independente	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
3 Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
4 Utilização do WC		
Independente	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
5 Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
6 Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
7 Subir e Descer Escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
8 Vestir		
Independente	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
9 Controlo Intestinal		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similares	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
10 Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Total		

Fonte: DGS (2011)

Gravidade Dependência

Autônomo	100 pontos
Dependente Leve	> 60 pontos
Dependente Moderado	> 40 e ≤ 60 pontos
Dependente Grave	> 20 e ≤ 40 pontos
Dependente Total	< 20 pontos

Fonte: Sulter, Steen, & Keyser, J. (1999)

Programa de Reabilitação Standard Doente com AVC Isquémico

FASE AGUDA (Doente inconsciente)	
RFR	
Objetivos	Técnicas
Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular	- Técnicas de descanso e relaxamento
Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar	- Exercícios respiratórios: - Reeducação diafragmática manual - Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda - Reeducação costal global sem bastão - Reeducação costal seletiva
Assegurar a permeabilidade das vias aéreas	- Manobras de limpeza das vias aéreas: - Manobras acessórias: percussão, vibração, compressão, vibrocompressão. - Drenagem postural
Impedir a formação de aderências pleurais para manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática	- Terapêutica de posição - Abertura costal seletiva
RFM	
Diminuir a espasticidade	- Posicionamento em padrão anti-espástico em todos os decúbitos
Manter a amplitude de movimentos, manter a integridade das estruturas articulares, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contraturas, melhorar o retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa.	- Mobilizações passivas: - Cabeça; - Membros superiores; - Membros inferiores.

Fonte: Menoita (2012), Cordeiro & Menoita (2012)

FASE AGUDA (Doente consciente)	
RFR	
Objetivos	Técnicas
Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de descanso e relaxamento - Consciencialização e controlo da respiração
Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar	<ul style="list-style-type: none"> - Expiração com lábios semi-cerrados - Respiração diafragmática; - Exercícios respiratórios: <ul style="list-style-type: none"> - Reeducação diafragmática manual - Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda - Reeducação diafragmática com resistência - Reeducação costal global sem bastão - Reeducação costal global com bastão - Reeducação costal seletiva
Assegurar a permeabilidade das vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"> - Manobras de limpeza das vias aéreas: <ul style="list-style-type: none"> - Ensino da tosse dirigida e assistida - Manobras acessórias: percussão, vibração, compressão, vibrocompressão. - Expiração lenta total com a glote aberta - Drenagem postural
Impedir a formação de aderências pleurais para manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática	<ul style="list-style-type: none"> - Terapêutica de posição - Abertura costal seletiva
RFM	
Diminuir a espasticidade	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionamento em padrão anti-espástico em todos os decúbitos
Manter a amplitude de movimentos, manter a integridade das estruturas articulares, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contraturas, melhorar o retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações passivas/ativas-assistidas/ativas: <ul style="list-style-type: none"> - Cabeça; - Membros superiores; - Membros inferiores.

Fonte: Menoita (2012), Cordeiro & Menoita (2012)

FASE TARDIA	
RFM	
Objetivos	Técnicas
Diminuir a espasticidade	- Posicionamento em padrão anti-espástico em todos os decúbitos
Manter a amplitude de movimentos, manter a integridade das estruturas articulares, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contraturas, melhorar o retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações passivas/ativas-assistidas/ativas: <ul style="list-style-type: none"> - Cabeça; - Membros superiores; - Membros inferiores. - Atividades terapêuticas: <ul style="list-style-type: none"> - Rolar no leito lado afetado e não afetado - Exercícios de extensão lombo-pélvica no leito com e sem bola terapêutica - Exercícios de Oscilações pélvicas no leito - Treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em posição ortostática) com e sem bola terapêutica - Fortalecimento muscular com banda elástica - Exercícios de auto-mobilização - Exercícios de carga no cotovelo - Treino de Levantes - Treino de transferência - Treino de Marcha controlada - Treino de AVD - Exercícios isométricos e isotónicos

Fonte: Menoita (2012), Cordeiro & Menoita (2012)

Anexo II – Cronograma de atividades Estágio I

Data	1ª Semana (12/06 - 18/06)	2ª Semana (19/06 - 25/06)	3ª Semana (26/06 - 02/07)	4ª Semana (03/07 - 09/07)	5ª Semana (10/07 - 16/07)	6ª Semana (17/07 - 21/07)
Atividades			Estagio I			
1ª Reunião de orientação com o supervisor clínico						
Discussão com a Docente Responsável da Unidade Curricular sobre a Temática do Projeto de Estágio						
Convite formal do Orientador e co-orientador do Estágio e Relatório de Estágio						
Pesquisa Bibliográfica sobre a Temática do Projeto de Estágio						
Pedido formal de dados estatísticos relativamente ao Serviço de Medicina II sobre doentes com AVC						
Elaboração do Planeamento do Projeto de Estágio						
Discussão com o Orientador sobre o desenvolvimento do Projeto de Estágio						
Discussão com o co-orientador sobre o desenvolvimento do Projeto de Estágio						
Entrega à docente do Projeto de Estágio						
Desenvolvimento de competências do Enfermeiro Gestor						